Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 2018-10-23

Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2018-11-01

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	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	5909990893423	2016-05-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	10,15	14,29	14,29	Cukrzyca		30%	4,29
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	5909990893386	2016-05-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	5,19	7,55	7,15	Cukrzyca		30%	2,55
3	Acarbosum	Glucobay 100, tabl., 100 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990285518	2016-01-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	13,28	17,57	14,29	Cukrzyca		30%	7,57
4	Acarbosum	Glucobay 50, tabl., 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990285419	2016-01-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	10,26	12,87	7,15	Cukrzyca		30%	7,87
5	Acarbosum	Glucobay 50, tabl., 50 mg	90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	5909990335541	2016-01-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	32,94	39,29	21,44	Cukrzyca		30%	24,28
6	Acebutololum	Sectral 200, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	5909990109920	2016-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,18	11,14	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,07
7	Acebutololum	Sectral 400, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	5909990110018	2016-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,52	20,10	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,77
8	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	5909990055715	2016-01-01	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
9	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991049515	2016-01-01	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
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991052218	2016-01-01	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
11	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	5909990835782	2016-05-01	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
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990840014	2016-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	11,53	15,65	12,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,48
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 400 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990840113	2016-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	21,04	27,65	24,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,30
14	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 800 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990840229	2016-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	38,88	49,40	49,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,70
15	Aciclovirum	Viru-POS, maść do oczu, 30 mg/g	4,5 g	5909990053049	2016-01-01	3 lata	115.1, Leki przeciwwirusowe do stosowania do oczu - acyklowir	18,36	24,64	24,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,32
16	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909990072156	2016-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,64	12,21	11,94	Osteoporoza		30%	3,85
17	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	5909990623112	2016-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	6,63	10,10	10,10	Osteoporoza		30%	3,03
18	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	5909990737673	2016-09-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	5,51	8,93	8,93	Osteoporoza		30%	2,68
19	Acidum alendronicum	Alendronate Arrow, tabl., 70 mg	4 szt.	5909990693726	2016-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,56	11,08	11,08	Osteoporoza		30%	3,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
20	Acidum alendronicum	Alendronic Acid Genoptim, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909990675302	2016-07-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	6,59	10,06	10,06	Osteoporoza		30%	3,02
21	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909991081713	2016-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,47	12,03	11,94	Osteoporoza		30%	3,67
22	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909991087418	2016-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,64	12,21	11,94	Osteoporoza		30%	3,85
23	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt. (1 blist.po 6 szt.)	5909991087425	2016-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	12,96	17,75	17,75	Osteoporoza		30%	5,33
24	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909991032517	2016-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,38	11,94	11,94	Osteoporoza		30%	3,58
25	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990109319	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-05-01/<2>2016-11-01 - 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
26	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990109210	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-05-01/<2>2016-11-01 - 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
27	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabletki dojelitowe, 180 mg	120 tabl.	5909991227272	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	116,11	102,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	16,61
28	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabletki dojelitowe, 360 mg	120 tabl.	5909991227319	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	233,51	205,39	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	31,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
29	Acidum mycophenolicum	Myfortic 180 mg powlekane tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 180 mg	120 szt. (12 blist.po 10 szt.)	5909990219797	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - 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	309,73	338,14	102,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	238,64
30	Acidum mycophenolicum	Myfortic 360 mg powlekane tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 360 mg	120 szt. (12 blist.po 10 szt.)	5909990219209	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - 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	619,48	667,37	205,39	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	465,18
31	Acidum tranexamicum	Exacyl, roztwór doustny, 1 g/10 ml	5 amp.po 10 ml	5909990036011	2016-01-01	3 lata	24.3, Leki antyfibrynolityczne - kwas traneksamowy do stosowania doustnego - postacie płynne	10,09	14,21	14,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,11
32	Acidum tranexamicum	Exacyl, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	5 amp.po 5 ml	5909990306916	2016-01-01	3 lata	24.1, Leki antyfibrynolityczne - kwas traneksamowy do stosowania pozajelitowego	7,72	11,04	11,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,52
33	Acidum tranexamicum	Exacyl, tabl. powl., 500 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990035915	2016-01-01	3 lata	24.2, Leki antyfibrynolityczne - kwas traneksamowy do stosowania doustnego - postacie stałe	10,80	15,11	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,56
34	Acidum tranexamicum	Tranexamic acid Accord, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	5 amp.po 5 ml	5909991313692	2018-05-01	3 lata	24.1, Leki antyfibrynolityczne - kwas traneksamowy do stosowania pozajelitowego	7,29	10,58	10,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,29
35	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909991203924	2017-11-01	2 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	81,00	95,98	74,75	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	43,66
36	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	5909990414741	2018-09-01	2 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	68,02	83,06	83,06	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	24,92
37	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	5909991314675	2017-11-01	2 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	61,23	75,22	74,75	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	22,90
38	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	5909990023813	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	34,88	44,61	44,61	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
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.	5909990023813	2016-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	34,88	44,61	44,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
40	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	5909990244317	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	14,26	18,67	13,38	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,49
41	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	5909990244317	2016-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	14,26	18,67	13,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,29
42	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	5909990244416	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	21,06	27,91	26,77	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,34
43	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	5909990244416	2016-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	21,06	27,91	26,77	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,14
44	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	5909990694327	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	13,64	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,05
45	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	5909990694327	2016-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,26	16,49	13,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
46	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	5909991210328	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	15,66	21,48	21,48	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
47	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	5909991210328	2016-05-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,66	21,48	21,48	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
48	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	5909991229610	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	15,94	21,78	21,78	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
49	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	5909991229610	2016-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,94	21,78	21,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
50	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	5909990694426	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	16,85	22,73	22,73	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
51	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	5909990694426	2016-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	16,85	22,73	22,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
52	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	5909990425693	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	6,69	4,55	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
53	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	5909990425693	2016-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,02	6,69	4,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,14
54	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	5909990425754	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	52,15	45,46	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,89
55	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	5909990425754	2016-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	42,23	52,15	45,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,69
56	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	5909990425709	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	16,34	11,37	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,17
57	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	5909990425709	2016-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,56	16,34	11,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,97
58	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	5909990425730	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	27,21	22,73	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	7,68
59	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	5909990425730	2016-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,11	27,21	22,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	5909990425747	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	31,59	39,65	34,10	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,75
61	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	5909990425747	2016-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	31,59	39,65	34,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,55
62	Acidum valproicum + Natrii valproas	ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990619658	<1>2016-01-01/<2>2016-03-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	9,50	13,60	13,60	<1>Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
63	Acidum valproicum + Natrii valproas	ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990619658	<1>2016-01-01/<2>2016-03-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	9,50	13,60	13,60	<2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
64	Acidum valproicum + Natrii valproas	ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990619672	<1>2016-01-01/<2>2016-03-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	16,09	21,93	21,93	<1>Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
65	Acidum valproicum + Natrii valproas	ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990619672	<1>2016-01-01/<2>2016-03-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	16,09	21,93	21,93	<2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
66	Acidum zoledronicum	Desinobon, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	5909991009250	2018-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	97,20	115,38	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,65
67	Acidum zoledronicum	Fayton, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	5909991078577	2018-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	91,80	109,71	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
68	Acidum zoledronicum	Fayton, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	5909991016197	2018-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	91,80	109,71	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,98
69	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	5909991228392	2018-05-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	98,28	116,51	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,78
70	Acidum zoledronicum	Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	5909991103163	2017-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	97,20	115,38	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,65
71	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol. (5 ml)	5055565711958	2017-01-01	2 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	84,24	101,77	101,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
72	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	5909990975730	2018-05-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	91,80	109,71	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,98
73	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	4 fiol. (5 ml)	5909990975747	2018-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	367,20	407,70	407,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
74	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Claris, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	5 fiol.po 5 ml	5909991236533	2017-03-01	2 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	421,20	466,81	466,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
75	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	5909990948994	2018-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	95,04	113,11	101,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,38
76	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	5909990907755	2016-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	140,40	163,29	156,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,39
77	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	5909990907731	2016-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	43,20	54,28	46,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,65
78	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	5909990907786	2016-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	351,00	390,26	390,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
79	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	5909990907762	2016-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	105,30	124,60	117,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,72
80	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	5909990697021	2016-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	140,40	163,29	156,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,39
81	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	5909990854462	2018-01-01	5 lat	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	43,20	54,28	46,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,65
82	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	5909990696925	2016-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	351,00	390,26	390,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
83	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	30 szt.	5909990854479	2018-01-01	5 lat	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	105,30	124,60	117,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,72
84	Adrenalinum	Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	5909991069711	2017-07-01	2 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 ostrych reakcji alergicznych (anafilaksji), wywołanych przez pokarmy, leki, ukąszenia i użądlenia owadów oraz inne alergeny, jak również w przypadku anafilaksji samoistnej		50%	27,82
85	Adrenalinum	Adrenalina WZF 0,1%, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	10 amp.po 1 ml	5909990182510	2016-01-01	3 lata	32.0, Leki pobudzające czynność serca - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	14,15	19,33	19,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
86	Agomelatinum	Valdoxan, tabl. powl., 25 mg	28 tabl.	5909990686568	2018-11-01	2 miesiące	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	129,60	151,38	151,38	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	45,41
87	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań podskórnych, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fiol.po 4,5 ml (stęż. 3)	5909991047061	2016-07-01	3 lata	214.2, Alergeny kurzu domowego - produkty do leczenia podtrzymującego	197,75	225,33	225,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
88	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 fiol.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	5909990001118	2016-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego - produkty do leczenia podstawowego	357,40	397,15	397,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
89	Alergeny kurzu domowego	Phostal, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 10 IR/ml lub 10 IC/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990820320	2016-01-01	3 lata	214.2, Alergeny kurzu domowego - produkty do leczenia podtrzymującego	133,49	157,85	157,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
90	Alergeny kurzu domowego	Phostal, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 0,01 IR/ml; 0,1 IR/ml; 1 IR/ml; 10 IR/ml lub 0,01 IC/ml; 0,1 IC/ml; 1 IC/ml; 10 IC/ml	4 fiol.po 5 ml	5909990820313	2016-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego - produkty do leczenia podstawowego	133,49	162,04	162,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
91	Alergeny pyłków roślin	Allergovit, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie B - 10000 TU/ml	1 fiol.po 3 ml (stężenie B) + 10 strz. + 10 igieł	5909990001323	2016-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	285,01	317,41	243,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	76,65
92	Alergeny pyłków roślin	Allergovit, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: A - 1000 TU/ml; B- 10000 TU/ml	2 fiol.po 3 ml (stężenie A i B) + 10 strz. + 10 igieł	5909990001316	2016-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	289,58	322,21	243,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	81,45
93	Alergeny pyłków roślin	Phostal, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 10 IR/ml lub 10 IC/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990820122	2016-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	133,49	158,31	158,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
94	Alergeny pyłków roślin	Phostal, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 0,01 IR/ml; 0,1 IR/ml; 1 IR/ml; 10 IR/ml lub stężenie 0,01 IC/ml; 0,1 IC/ml; 1 IC/ml; 10 IC/ml	4 fiol.po 5 ml	5909990820115	2016-01-01	3 lata	214.3, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podstawowego	133,49	155,67	155,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
95	Alergeny pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	5909990975310	2016-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	215,06	243,96	243,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
96	Alergeny pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	5909990975419	2016-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	215,06	243,96	243,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
97	Alfacalcidolum	Alfadiol, kaps. miękkie, 0.25 µg	100 szt. (2 blist.po 50 szt.)	5909990296828	2016-01-01	3 lata	18.1, Witamina D i jej analogi - alfakalcydol	8,53	10,44	4,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,84
98	Alfacalcidolum	Alfadiol, kaps. miękkie, 1 µg	100 szt. (2 blist.po 50 szt.)	5909990296927	2016-01-01	3 lata	18.1, Witamina D i jej analogi - alfakalcydol	14,05	19,20	19,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
99	Alfuzosinum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909991264529	2016-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,14	25,36	25,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
100	Alfuzosinum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990746576	2016-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,50	27,85	27,85	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
101	Alfuzosinum	AlfuLEK 10, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990609246	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	25,38	32,96	32,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
102	Alfuzosinum	Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909991291945	2017-03-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,50	20,49	20,49	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
103	Alfuzosinum	Alfuzostad 10 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909997206714	2016-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	15,12	22,19	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
104	Alfuzosinum	Alfuzostad 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990619580	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,52	27,86	27,86	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
105	Alfuzosinum	Alugen 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909990037933	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,52	27,86	27,86	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
106	Alfuzosinum	Dalfaz SR 5, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	5909990812714	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,17	12,67	10,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,04
107	Alfuzosinum	Dalfaz Uno, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909991344368	2018-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,96	19,92	19,92	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
108	Alfuzosinum	Dalfaz Uno, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909991288457	2017-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,50	20,49	20,49	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
109	Alfuzosinum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909990837816	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,16	36,93	32,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,72
110	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990109418	2016-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny - allopurynol	5,89	8,53	8,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
111	Allopurinolum	Allupol, tabletki, 300 mg	30 tabl.	5909991316228	2017-07-01	5 lat	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny - allopurynol	10,58	14,83	14,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
112	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 tabl.	5907626706529	2018-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny - allopurynol	11,07	15,59	15,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
113	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 tabl.	5907626706505	2018-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny - allopurynol	5,54	8,17	8,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
114	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 tabl.	5907626706628	2018-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny - allopurynol	33,21	42,93	42,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
115	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 tabl.	5907626706604	2018-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny - allopurynol	9,97	14,19	14,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
116	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt. (1 opak.po 50 szt.)	5909990163212	2016-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny - allopurynol	5,89	8,53	8,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
117	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt. (1 opak.po 30 szt.)	5909990414819	2016-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny - allopurynol	10,75	15,01	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
118	Amantadinum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	5909990320912	2016-01-01	3 lata	169.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - amantadyna	14,90	20,28	20,28	Choroba i zespół Parkinsona		30%	6,08
119	Ambenonium	Mytelase, tabl., 10 mg	50 szt	5909990030927	2016-01-01	3 lata	189.0, Leki parasympatykomimetyczne - ambemonium	15,07	20,48	20,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,14
120	Amiloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	5909990206025	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,59	8,59	8,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	2,58
121	Amiloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	5909990373819	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,19	6,92	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	3,33
122	Amiodaronum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	5909990086818	2016-01-01	3 lata	31.0, Leki przeciwarytmiczne klasy III - amiodaron	17,63	23,71	23,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
123	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990762965	2016-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	44,17	55,85	55,85	Schizofrenia		ryczałt	3,20
124	Amisulpridum	Amisan, tabl., 400 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990762996	2016-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	94,93	113,15	112,93	Schizofrenia		ryczałt	3,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
125	Amisulpridum	Amisan, tabl., 400 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990763009	2016-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	192,24	219,32	219,32	Schizofrenia		ryczałt	6,40
126	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990762972	2018-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	94,72	112,93	112,93	Schizofrenia		ryczałt	3,20
127	Amisulpridum	Amisan , tabl., 50 mg	60 szt. (5 blist.po 12)	5909990762880	2016-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,76	31,18	28,23	Schizofrenia		ryczałt	6,15
128	Amisulpridum	Amsulgen, tabl., 200 mg	30 szt.	5909991208349	2017-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	45,36	57,10	56,47	Schizofrenia		ryczałt	3,83
129	Amisulpridum	Amsulgen, tabl., 400 mg	30 szt.	5909991208448	2017-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	90,72	108,73	108,73	Schizofrenia		ryczałt	3,20
130	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powl., 200 mg	30 tabl.	5909990936502	2018-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	47,95	59,82	56,47	Schizofrenia		ryczałt	6,55
131	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg	30 tabl.	5909990936557	2018-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	95,90	114,17	112,93	Schizofrenia		ryczałt	4,44
132	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	5909990840816	2016-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,76	31,18	28,23	Schizofrenia		ryczałt	6,15
133	Amisulpridum	Solian, tabl., 200 mg	30 szt.	5909991287733	2017-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,74	55,40	55,40	Schizofrenia		ryczałt	3,20
134	Amisulpridum	Solian, tabl., 200 mg	30 szt.	5909990840915	2016-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	47,52	59,37	56,47	Schizofrenia		ryczałt	6,10
135	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	5909990841011	2016-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	95,04	113,26	112,93	Schizofrenia		ryczałt	3,53
136	Amitriptilinum	Amitriptylinum VP, tabl. powl., 10 mg	60 szt. (2 blist.po 30 szt.)	5909991049010	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	5,94	6,62	1,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	neuralgia; ból neuropatyczny	30%	5,76
137	Amitriptilinum	Amitriptylinum VP, tabl. powl., 10 mg	60 szt. (2 blist.po 30 szt.)	5909991049010	2016-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	5,94	6,62	1,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,39
138	Amitriptilinum	Amitriptylinum VP, tabl. powl., 25 mg	60 szt. (2 blist.po 30 szt.)	5909991048914	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	9,72	11,17	3,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	neuralgia; ból neuropatyczny	30%	9,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
139	Amitriptilinum	Amitriptylinum VP, tabl. powl., 25 mg	60 szt. (2 blist.po 30 szt.)	5909991048914	2016-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	9,72	11,17	3,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	8,08
140	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990642267	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,64	12,29	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,69
141	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990642311	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,13	7,20	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,90
142	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991230845	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,29	10,87	10,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,26
143	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991226909	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,10	11,73	11,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,52
144	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.)	5909991099022	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,34	15,13	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,53
145	Amlodipinum	Agen 10, tabletki, 10 mg	30 tabl.	5909991302184	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,94	11,56	11,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,47
146	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	5909991226916	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	16,20	22,14	22,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
147	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	5909991067540	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	20,30	26,45	24,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	9,24
148	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	5909991231811	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,83	5,83	5,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,75
149	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.)	5909991098926	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,72	7,81	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,51
150	Amlodipinum	Agen 5, tabletki, 5 mg	30 tabl.	5909991295226	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,29	6,31	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,01
151	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	5909991295233	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,53	12,18	12,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,65
152	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	5909991067533	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,15	13,88	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,28
153	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991008734	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,08	11,70	11,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,51
154	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991008635	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,37	6,40	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
155	Amlodipinum	Almiden, tabl., 10 mg	30 szt.	5055565738177	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,16	9,69	9,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,91
156	Amlodipinum	Almiden, tabl., 10 mg	60 szt.	5055565738191	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,31	18,06	18,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,42
157	Amlodipinum	Almiden, tabl., 5 mg	30 szt.	5055565738078	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,08	5,04	5,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,51
158	Amlodipinum	Almiden, tabl., 5 mg	60 szt.	5055565738092	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2017.11.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,16	9,69	9,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,91
159	Amlodipinum	Almiden, tabl., 5 mg	90 szt.	5055565738108	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2017.11.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,23	13,91	13,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,17
160	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991068073	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,80	14,56	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,96
161	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	60 tabl.	5909991068097	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	19,98	26,11	24,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	8,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
162	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	5909991067977	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,40	7,48	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,18
163	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 tabl.	5909991067991	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,99	13,71	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,11
164	Amlodipinum	Amlodipine Aurobindo, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990955008	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,23	10,81	10,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,24
165	Amlodipinum	Amlodipine Aurobindo, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990954254	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,66	5,65	5,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,70
166	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990800551	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,26	9,79	9,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,94
167	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990800469	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,19	5,16	5,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,55
168	Amlodipinum	Amlodipinum 123ratio, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991225650	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,34	10,93	10,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
169	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990842698	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,13	10,72	10,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,22
170	Amlodipinum	Amlomyl, tabletki, 10 mg	30 tabl.	5909991362195	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,53	10,08	10,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,02
171	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990842476	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,00	6,01	6,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,80
172	Amlodipinum	Amlonor, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990642625	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,37	14,11	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,51
173	Amlodipinum	Amlonor, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990642618	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,18	7,25	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,95
174	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabletki, 10 mg	28 tabl.	5909991371784	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,40	8,71	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,61
175	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabletki, 10 mg	28 tabl.	5909991361020	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018.07.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,47	9,83	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
176	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991276027	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,80	10,36	10,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,11
177	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	5909997218090	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,64	12,29	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,69
178	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	5909997213699	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,73	12,39	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,79
179	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990048977	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,64	16,49	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,89
180	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 tabl.	5909997231501	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,94	9,46	9,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,84
181	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabletki, 5 mg	28 tabl.	5909991371708	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,78	5,66	5,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,70
182	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabletki, 5 mg	28 tabl.	5909991361013	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018.07.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,14	6,04	5,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
183	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	5909991200732	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,20	6,22	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,92
184	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	5909997218113	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,86	6,91	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,61
185	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	5909997213675	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,40	7,48	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,18
186	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990048939	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,83	8,98	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,68
187	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 tabl.	5909991337742	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,14	6,16	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,86
188	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990799817	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	14,90	18,87	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	10,27
189	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990799718	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,64	12,98	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	8,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
190	Amlodipinum	Apo-Amlo 10, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991236687	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,07	12,73	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,13
191	Amlodipinum	Apo-Amlo 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990565993	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,91	14,68	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,08
192	Amlodipinum	Apo-Amlo 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990565986	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,45	7,53	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,23
193	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990907519	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,26	13,99	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,39
194	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990907311	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,10	5,22	3,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,07
195	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990907410	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,13	7,20	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,90
196	Amlodipinum	Finamlox, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990794461	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,26	13,99	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
197	Amlodipinum	Finamlox, tabl., 5 mg	30 tabl.	5909990794430	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,86	6,91	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,61
198	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990993116	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,64	12,29	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,69
199	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990993017	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,32	6,35	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,05
200	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990963119	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,66	15,46	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,86
201	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990963010	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,83	7,93	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,63
202	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990421824	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,50	22,60	18,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	9,69
203	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	28 szt.	5909991283797	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,45	10,86	10,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,26
204	Amlodipinum	Vilpin, tabletki, 10 mg	28 tabl.	5909991312374	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,48	9,84	9,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
205	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	28 tabl.	5909991337599	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,48	9,84	9,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,95
206	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991042912	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,69	14,44	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,84
207	Amlodipinum	Vilpin, tabletki, 5 mg	28 tabl.	5909991312367	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,94	5,83	5,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,81
208	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990621217	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,40	7,48	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,18
209	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	5909990691319	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	11,79	16,05	14,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,04
210	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	5909991089153	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,95	17,81	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,25
211	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	5909990691517	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,70	10,22	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
212	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	5909991089108	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	6,08	8,91	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,23
213	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	100 ml (65,3 g)	5909991298258	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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
214	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml (39,2 g)	5909990794379	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - 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
215	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	5909991089146	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,95	17,81	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,25
216	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	5909991089122	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	6,08	8,91	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,23
217	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	5909991089139	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,40	13,40	13,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,28
218	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	5909991043728	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,48	14,68	14,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,67
219	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	5909991043520	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,78	8,20	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
220	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	5909991043629	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	8,53	11,90	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,44
221	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 250 mg	16 szt.	5909990066018	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	2,92	4,15	3,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,80
222	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	5909990083619	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - 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
223	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	5909990066117	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,79	8,21	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,31
224	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 1000 mg	16 szt.	5909990293322	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,88	13,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
225	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	5909990293124	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	7,80	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,90
226	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	5907626702361	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
227	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	5909990781874	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - 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
228	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 750 mg	16 szt.	5909990293223	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,88	11,21	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,75
229	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl., 1000 mg	20 szt.	5909990778041	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,90	17,76	17,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
230	Amoxicillinum	Ospamox 500 mg, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	5909990788453	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	6,48	9,33	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,65
231	Amoxicillinum	Ospamox 750 mg, tabl. powl., 750 mg	20 szt.	5909990788477	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,74	13,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,62
232	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (35 g)	5909990894833	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - 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
233	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	35 ml (8,75 g)	5909990894819	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,64	11,11	6,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
234	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	5909990894826	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	15,28	19,60	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,11
235	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990081912	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,99	18,72	15,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,74
236	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	5909991322939	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2017.11.01 - 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	23,96	23,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,98
237	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	5909991353940	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - 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	23,96	23,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,98
238	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	5909991250324	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - 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	26,23	26,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,12
239	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	5909991243319	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,98	26,80	26,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,40
240	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990411115	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	23,22	30,20	27,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,24
241	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	5909991012960	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - 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	41,26	39,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
242	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt. (7 blist.po 2 szt.)	5909990649747	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - 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
243	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt. (7 blist.po 2 szt.)	5909990646906	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - 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
244	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabletki powlekane, 500 + 125 mg	14 tabl.	5909991284220	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,02	15,60	15,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,80
245	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	5909991284237	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	23,96	23,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,98
246	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg	21 szt. (3 blist.po 7 szt.)	5909990064120	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,68	11,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,70
247	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	10,6 g proszku do sporządzenia 70 ml zawiesiny w 1 but.	5909990419326	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	19,44	23,97	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,48
248	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	21 g proszku do sporządzenia 140 ml zawiesiny w 1 but.	5909990419333	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	23,76	30,54	25,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
249	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	5,3 g proszku do sporządzenia 35 ml zawiesiny w 1 but.	5909990419319	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,72	12,25	6,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,01
250	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	5909997219684	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,99	16,62	15,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,64
251	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	5909997199702	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	18,21	15,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,23
252	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990368235	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,72	18,44	15,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,46
253	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	5909997230542	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - 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	27,82	27,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,91
254	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	5909991209483	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,04	27,91	27,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,96
255	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	5909997217345	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,05	27,92	27,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
256	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	5909991248949	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,05	27,92	27,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,96
257	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	5909997230740	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,82	28,73	27,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,77
258	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	5909997198385	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	22,90	29,87	27,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,91
259	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990717521	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,25	31,28	27,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,32
260	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	5909990614318	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	30,24	37,56	27,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	23,66
261	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	5909990614288	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	19,44	24,11	13,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,16
262	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000+62,5 mg	28 szt. (7 blist.po 4 szt.)	5909990041985	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	44,23	55,99	55,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	28,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
263	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	5909991233846	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018.01.01 - 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
264	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	5909991233525	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018.01.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,01	17,69	15,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,71
265	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	5909991233624	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018.01.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	22,79	29,75	27,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,79
266	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	5909991042073	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,06	27,93	27,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,97
267	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	5909991042080	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	30,62	39,62	39,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,81
268	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	140 ml (25,2 g)	5909990793587	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	23,49	30,25	25,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,27
269	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml (6,3 g)	5909990793594	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,91	11,40	6,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
270	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	70 ml (12,6 g)	5909990793600	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	15,66	20,00	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,51
271	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990430628	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	14,04	18,77	15,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,79
272	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt. (3 blist.po 7 szt.)	5909990430611	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - 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	26,14	23,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,17
273	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909991087715	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,57	31,62	27,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,66
274	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	5909990802432	2016-05-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	45,36	56,79	55,43	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii, Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	1,36
275	Anastrozolum	Anastrozol medac, tabl. powl., 1 mg	28 tabl.	5909990786497	2016-03-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	50,10	61,77	55,43	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	6,34
276	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	5909991324315	2017-09-01	5 lat	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	37,80	48,85	48,85	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	0,00
277	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	5909991291242	2017-01-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	41,04	52,25	52,25	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
278	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	5909990082162	2016-05-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	47,52	59,06	55,43	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii, Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	3,63
279	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	5909991251529	2016-05-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	48,60	60,19	55,43	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	4,76
280	Anastrozolum	Apo-Nastrol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	5909990802050	<1>2016-05-01/<2>2016-09-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,86	70,96	55,43	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	15,53
281	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powl., 1 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990756711	2016-01-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	82,62	95,91	55,43	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	40,48
282	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt. (1 poj.po 28 szt.)	5909991090029	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	50,11	61,78	55,43	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	6,35
283	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	5909990082148	2016-01-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	52,54	64,33	55,43	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	8,90
284	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 2.5 mg	20 tabl.	5909990861040	2018-07-01	2 lata 10 miesięcy	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	91,29	103,52	40,17	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe 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		30%	75,40
285	Aprepitantum	Emend, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	5909990007387	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	199,80	227,53	227,53	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2 – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	3,20
286	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	5909990002306	2016-01-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	109,62	129,13	128,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
287	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 tabl.	5909990002337	2018-05-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	206,28	234,62	234,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
288	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 tabl.	5909990002382	2018-05-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	412,56	456,75	456,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,95
289	Aripiprazolum	Abilify Maintena, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	1 fiol.	5702157142200	2018-09-01	2 lata	178.12, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1140,48	1239,94	1239,94	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia arypiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
290	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	5906414001068	2017-05-01	5 lat	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	72,73	88,24	85,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,86
291	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	5906414001730	2017-01-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	155,41	179,05	171,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,87
292	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	5906414001747	2017-01-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	233,12	262,81	256,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,04
293	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	5906414001075	2017-05-01	5 lat	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	109,62	129,13	128,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,96
294	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	5906414001754	2017-01-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	233,12	262,81	256,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,04
295	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	5906414001761	2017-01-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	349,67	387,94	385,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,79
296	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	5906414001020	2018-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	72,73	88,24	85,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,86
297	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	5906414001648	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	155,41	179,05	171,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,87
298	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	5906414001655	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	233,12	262,81	256,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,04
299	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	5906414001037	2018-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	109,09	128,57	128,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,40
300	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	5906414001662	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	233,12	262,81	256,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,04
301	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	5906414001679	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	349,68	387,95	385,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
302	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	5907529463284	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	151,45	174,89	171,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,71
303	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	5907529463314	2018-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	111,50	131,11	128,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,94
304	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	5907529463338	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	233,27	262,96	256,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,19
305	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	5907529463383	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	466,55	513,44	513,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,95
306	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	5909991251475	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	111,50	131,11	128,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,94
307	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	5909991265526	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	78,73	96,70	96,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
308	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	5909991232733	2016-05-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	72,90	88,42	85,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,04
309	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	5909991232832	2016-01-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	109,62	129,13	128,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,96
310	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	5909991232849	2017-11-01	5 lat	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	115,99	136,21	136,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
311	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt. (8 blist.po 7)	5909991232856	2016-05-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	226,80	256,17	256,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
312	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	5909991232863	2017-11-01	5 lat	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	231,98	262,00	262,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
313	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	5909991232887	2017-03-01	5 lat	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	363,96	403,54	403,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,60
314	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	5909991232931	2016-07-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	226,80	256,17	256,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
315	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	5901720140241	2016-07-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	113,40	133,49	133,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
316	Aripiprazolum	Aripiprazole Accord, tabl., 10 mg	28 szt.	5055565723616	2016-05-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	50,39	64,78	64,78	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
317	Aripiprazolum	Aripiprazole Accord, tabl., 10 mg	56 szt.	5055565723623	2016-05-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	112,90	134,42	134,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 Accord, tabl., 15 mg	14 szt.	5055565723906	2016-07-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	42,31	54,46	54,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
319	Aripiprazolum	Aripiprazole Accord, tabl., 15 mg	28 szt.	5055565723630	2016-05-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	75,60	93,41	93,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
320	Aripiprazolum	Aripiprazole Accord, tabl., 15 mg	56 szt.	5055565723647	2016-05-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	169,34	195,84	195,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
321	Aripiprazolum	Aripiprazole Apotex, tabletki, 15 mg	28 tabl.	5909991339951	2018-09-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	101,30	120,40	120,40	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
322	Aripiprazolum	Aripiprazole Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl. w blistrach perforowanych	5909991270223	2018-09-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	101,30	120,40	120,40	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
323	Aripiprazolum	Aripiprazole Mylan Pharma, tabletki, 15 mg	28 tabl.	5902020926771	2017-07-01	5 lat	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	116,42	136,28	128,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,11
324	Aripiprazolum	Aripiprazole Mylan Pharma, tabletki, 15 mg	56 tabl.	5902020926788	2017-07-01	5 lat	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	232,85	262,52	256,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,75
325	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 10 mg	28 tabl.	5909991305598	2017-07-01	5 lat	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	52,90	67,43	67,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
326	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 10 mg	56 tabl.	5909991305611	2017-07-01	5 lat	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,81	126,97	126,97	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,98
327	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 15 mg	14 tabl.	5909991305642	2017-07-01	5 lat	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	39,68	51,69	51,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
328	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 15 mg	28 tabl.	5909991305659	2017-07-01	5 lat	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	79,36	97,36	97,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
329	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 15 mg	56 tabl.	5909991305673	2017-07-01	5 lat	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	158,72	184,68	184,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
330	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	5907626705690	2018-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	69,50	84,85	84,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
331	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	5907626705713	2018-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	145,80	168,96	168,96	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,98
332	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	5907626705836	2018-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	107,46	126,86	126,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
333	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	5909991247157	2016-07-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	108,00	127,43	127,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
334	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	5907626705850	2018-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	223,56	252,77	252,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
335	Aripiprazolum	Aripiprazole STADA, tabl., 15 mg	28 szt.	5909991251604	2016-09-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	81,00	99,08	99,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
336	Aripiprazolum	Aripiprazole SymPhar, tabl., 15 mg	28 szt.	5909991229634	2018-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,30	124,60	124,60	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
337	Aripiprazolum	Aripiprazole SymPhar, tabl., 15 mg	56 szt.	5909991229641	2017-01-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	213,84	242,56	242,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
338	Aripiprazolum	Aripiprazole Zentiva, tabl., 15 mg	28 szt.	5909991221546	2016-01-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	124,20	144,44	128,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	19,27
339	Aripiprazolum	Aripsan, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991259075	2016-07-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,68	92,91	91,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,42
340	Aripiprazolum	Aripsan, tabl., 15 mg	30 szt.	5909991259143	2016-07-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	119,88	140,29	137,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,95
341	Aripiprazolum	Aripsan, tabl., 5 mg	60 szt.	5909991259013	2016-07-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,68	92,91	91,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,42
342	Aripiprazolum	Arypiprazol Glenmark, tabl., 15 mg	28 szt.	5902020241447	2018-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	104,76	124,03	124,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
343	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 tabl.	5909991205225	2018-05-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	70,20	85,58	85,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
344	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 tabl.	5909991205256	2018-05-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	146,88	170,09	170,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,98
345	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	5909991266202	2016-07-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	84,24	102,48	102,48	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
346	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 tabl.	5909991205324	2018-05-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	106,92	126,30	126,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
347	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 tabl.	5909991205355	2018-05-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	223,45	252,65	252,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
348	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	5909991205423	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	224,64	253,90	253,90	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
349	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	5909991229733	2018-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,60	121,76	121,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
350	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	5909991236946	2016-03-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	116,63	136,49	128,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,32
351	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	5909991236953	2016-03-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	226,80	256,17	256,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
352	Aripiprazolum	Explemed Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	5909991237141	2016-03-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	116,63	136,49	128,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,32
353	Aripiprazolum	Lemilvo, tabl., 15 mg	28 szt.	5909991236168	2016-07-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	108,00	127,43	127,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
354	Aripiprazolum	Lemilvo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	5909991236137	2016-07-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	108,00	127,43	127,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
355	Aripiprazolum	Lemilvo, tabl., 15 mg	56 szt.	5909991236175	2016-07-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	216,00	244,83	244,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
356	Aripiprazolum	Preheftari, tabl., 10 mg	28 szt.	5909991239725	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	55,45	70,09	70,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
357	Aripiprazolum	Preheftari, tabl., 15 mg	28 szt.	5909991239831	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	83,17	101,36	101,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
358	Aripiprazolum	Preheftari, tabl., 30 mg	28 szt.	5909991239886	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	166,34	192,69	192,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
359	Aripiprazolum	Preheftari, tabl., 5 mg	28 szt.	5909991239671	2016-11-01	3 lata	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	27,72	37,14	37,14	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
360	Atenololum	Atenolol Sanofi 25, tabl., 25 mg	60 szt.	5909990370610	2016-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,95	7,19	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,37
361	Atenololum	Atenolol Sanofi 50, tabl., 50 mg	30 szt.	5909990011414	2016-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,95	7,19	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,37
362	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990568574	2016-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	287,88	314,33	80,58	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	236,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
363	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 10 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	5909990568550	2016-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	71,97	80,85	20,15	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	63,90
364	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 18 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990568642	2016-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	287,88	317,57	145,05	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	175,72
365	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 18 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	5909990568628	2016-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	71,97	83,17	36,26	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	50,11
366	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990568680	2016-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	287,88	319,49	201,46	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	121,23
367	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 25 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	5909990568666	2016-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	71,97	84,79	50,36	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	37,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
368	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990568727	2016-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	287,88	322,33	322,33	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
369	Atomoxetinum	Strattera, kaps. twarde, 40 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	5909990568703	2016-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	71,97	87,63	80,58	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	10,25
370	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990787586	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,94	9,64	3,76	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%	7,01
371	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990787609	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,74	17,93	7,52	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%	12,67
372	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990787647	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,68	32,12	15,05	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%	21,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
373	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990991815	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,94	9,64	3,76	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%	7,01
374	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990336647	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,81	28,43	11,28	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%	20,53
375	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990991914	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,91	13,91	7,52	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%	8,65
376	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	5909991013806	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,60	26,78	15,05	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%	16,25
377	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	5909990419173	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,72	39,75	22,57	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%	23,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
378	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	5909990885282	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	18,51	11,28	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%	10,61
379	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 tabl.	5909990885299	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,22	33,98	22,57	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%	18,18
380	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990623464	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,60	26,78	15,05	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%	16,25
381	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 tabl.	5909990623471	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	51,76	30,09	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%	30,70
382	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990623488	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	68,04	79,79	45,14	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%	48,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
383	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	5909990885336	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,56	41,69	22,57	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%	25,89
384	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	5909990885374	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	45,36	54,03	30,09	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%	32,97
385	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990938926	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,78	10,61	7,52	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%	5,35
386	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990938995	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,55	20,43	15,05	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%	9,90
387	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990887262	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,08	4,53	3,76	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%	1,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
388	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990887279	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,26	9,02	7,52	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%	3,76
389	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990887286	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,20	16,91	15,05	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%	6,38
390	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990900053	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,43	4,90	3,76	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%	2,27
391	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990899920	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	9,71	7,52	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%	4,45
392	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 20 mg	60 tabl.	5909990899951	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,10	16,81	15,05	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%	6,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
393	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	5909990899975	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,14	24,45	22,57	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%	8,65
394	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990900275	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,04	18,84	15,05	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%	8,31
395	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 40 mg	60 tabl.	5909990900305	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,19	31,80	30,09	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%	10,74
396	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	5909990900336	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,29	46,45	45,14	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%	14,85
397	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg	30 tabl.	5909990900459	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,62	32,26	30,09	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
398	Atorvastatinum	Atorvastatin Vitama, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909991200787	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,16	8,92	7,52	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%	3,66
399	Atorvastatinum	Atorvastatin Vitama, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909991201050	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,31	17,03	15,05	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%	6,50
400	Atorvastatinum	Atorvastatinum 123ratio, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990848904	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	5,78	3,76	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%	3,15
401	Atorvastatinum	Atorvastatinum 123ratio, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990849086	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	10,61	7,52	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%	5,35
402	Atorvastatinum	Atorvastatinum 123ratio, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990849246	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	20,31	15,05	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%	9,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
403	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990077847	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,99	9,69	3,76	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%	7,06
404	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990077939	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,98	19,23	7,52	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%	13,97
405	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990078028	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,97	37,67	15,05	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%	27,14
406	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	5909991041298	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	36,07	30,09	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%	15,01
407	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573400	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,34	9,01	3,76	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%	6,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
408	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573530	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,42	15,49	7,52	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%	10,23
409	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573547	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,22	28,48	15,05	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%	17,95
410	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078141	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,03	7,63	3,76	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%	5,00
411	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078264	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	14,92	7,52	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%	9,66
412	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078356	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,76	29,05	15,05	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%	18,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
413	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	5909991011383	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,83	40,87	30,09	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%	19,81
414	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991124618	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,75	9,44	3,76	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%	6,81
415	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	5907695215137	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,34	9,11	7,52	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%	3,85
416	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	5907695215359	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018.01.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,16	13,05	11,28	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%	5,15
417	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991124717	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	15,10	7,52	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%	9,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
418	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	5907695215144	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,68	17,41	15,05	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%	6,88
419	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	5907695215366	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018.01.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,32	24,63	22,57	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%	8,83
420	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991124816	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,17	29,48	15,05	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%	18,95
421	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 tabl.	5907695215151	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,36	33,03	30,09	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%	11,97
422	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	5907695215373	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018.01.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,63	46,81	45,14	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%	15,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
423	Atorvastatinum	Corator, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991150914	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,14	8,80	3,76	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%	6,17
424	Atorvastatinum	Corator, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991151010	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,04	15,09	7,52	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%	9,83
425	Atorvastatinum	Corator, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991151119	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,49	25,61	15,05	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%	15,08
426	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990905508	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,86	6,40	3,76	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%	3,77
427	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg	60 tabl.	5909990905539	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,16	8,92	7,52	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%	3,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
428	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg	90 tabl.	5909990905553	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,23	13,12	11,28	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%	5,22
429	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990905638	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	10,61	7,52	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%	5,35
430	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg	60 tabl.	5909990905652	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,31	17,03	15,05	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%	6,50
431	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	5909990905676	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,36	24,68	22,57	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%	8,88
432	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990905782	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,53	20,41	15,05	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%	9,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
433	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg	60 tabl.	5909990905805	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,47	32,09	30,09	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%	11,03
434	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	5909990905867	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,72	46,91	45,14	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%	15,31
435	Atorvastatinum	Larus, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078530	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,19	7,80	3,76	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%	5,17
436	Atorvastatinum	Larus, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078707	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,66	9,44	7,52	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%	4,18
437	Atorvastatinum	Larus, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078790	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,04	24,09	15,05	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
438	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909991042097	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,15	5,66	3,76	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%	3,03
439	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909991042103	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,19	11,05	7,52	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%	5,79
440	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909991042134	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,58	21,51	15,05	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%	10,98
441	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	5909991042141	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,83	40,87	30,09	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%	19,81
442	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powl., 80 mg	30 tabl.	5909990957071	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	47,97	30,09	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
443	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338290	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,86	9,55	3,76	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%	6,92
444	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338368	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,34	14,36	7,52	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%	9,10
445	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338436	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	25,08	15,05	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%	14,55
446	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990338443	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	59,94	71,29	45,14	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%	39,69
447	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990053179	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,29	8,95	3,76	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%	6,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
448	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990053230	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,34	14,36	7,52	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%	9,10
449	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990053278	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,44	24,51	15,05	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%	13,98
450	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990998814	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,99	9,69	3,76	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%	7,06
451	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990998821	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,98	19,23	7,52	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%	13,97
452	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990998838	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,76	28,38	11,28	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%	20,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
453	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990998913	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	16,06	7,52	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%	10,80
454	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990998920	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,22	28,48	15,05	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%	17,95
455	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990998937	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,02	41,12	22,57	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%	25,32
456	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990810161	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	21,34	15,05	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%	10,81
457	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 tabl.	5909990810178	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	35,50	30,09	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	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
458	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 tabl.	5909990810185	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	51,98	45,14	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%	20,38
459	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	5909990810208	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	51,76	30,09	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%	30,70
460	Atropinum	Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	5 ml	5909990243112	2016-01-01	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
461	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt. (1 słoik po 30 szt.)	5909990232826	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-05-01/<3>2016-07-01/<4>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	13,61	18,57	17,46	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	4,31
462	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt. (1 słoik po 30 szt.)	5909990232826	2016-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	13,61	18,57	17,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
463	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt. (1 słoik po 50 szt.)	5909990232819	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-05-01/<3>2016-07-01/<4>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	22,03	29,10	29,10	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	3,20
464	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt. (1 słoik po 50 szt.)	5909990232819	2016-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	22,03	29,10	29,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
465	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909990277810	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-05-01/<3>2016-07-01/<4>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	50,11	61,75	58,20	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	7,11
466	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909990277810	2016-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	50,11	61,75	58,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,55
467	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	5909991054816	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,61	19,03	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,48
468	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	5909991034412	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	21,92	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
469	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	5909991035518	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,66	19,08	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,53
470	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml (400 mg)	5909990635320	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,80	17,95	7,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,16
471	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml (800 mg)	5909990635337	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	21,71	26,84	15,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	19,26
472	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	5909990635344	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	25,06	31,62	22,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,24
473	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml (1500 mg)	5907626702682	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	38,96	28,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	24,74
474	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	5909997223537	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,10	15,35	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,80
475	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	5909997214023	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,42	15,68	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	11,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
476	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt. (1 blist.po 6 szt.)	5909990573738	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,60	25,32	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,77
477	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	5909997223551	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,99	15,23	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,68
478	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	5909997214030	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,42	15,68	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	11,13
479	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt. (1 blist.po 3 szt.)	5909990573752	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,20	19,65	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	15,10
480	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt. (1 blist.po 3 szt.)	5909991087319	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,66	19,08	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,53
481	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	5909990073566	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,55	22,46	15,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,88
482	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	5909990073573	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	26,06	22,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,68
483	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt. (2 blist.po 3 szt.)	5909991098421	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,90	22,49	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
484	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt. (1 blist.po 3 szt.)	5909991098520	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	13,41	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,86
485	Azithromycinum	Azytact, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	5909991071752	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,88	10,91	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	6,36
486	Azithromycinum	Canbiox, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	5909991248185	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,02	10,01	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	5,46
487	Azithromycinum	Canbiox, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	5909991228057	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,10	11,15	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	6,60
488	Azithromycinum	Canbiox, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	5909991255329	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	11,71	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	7,16
489	Azithromycinum	Canbiox, tabl. powl., 500 mg	3 szt. (1 blist.po 3 szt.)	5909990740543	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	13,41	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
490	Azithromycinum	Nobaxin, tabl. powl., 500 mg	2 szt. (1 blist.po 2 szt.)	5909991108830	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,37	14,90	6,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	11,87
491	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	5909990742110	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,12	18,29	7,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,50
492	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 125 mg	6 szt. (1 blist.po 6 szt.)	5909990846214	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,60	24,11	4,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,83
493	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt. (1 blist.po 6 szt.)	5909990742318	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,60	25,32	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,77
494	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	2 szt.	5909990742424	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,28	20,05	6,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,02
495	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	5909990742417	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,60	25,32	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,77
496	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	5909990742219	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	25,92	31,26	15,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	23,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
497	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	5909990742226	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	34,56	41,60	22,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	30,22
498	Azithromycinum	Zetamax, granulat o przedłużonym uwalnianiu do sporządzania zawiesiny doustnej, 2 g	1 but.po 2 g	5909990707577	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	33,18	42,10	37,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	23,14
499	Beclometasonum	Cortare, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 op. 200 daw.	5909990061440	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,05	37,11	30,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,76
500	Beclometasonum	Cortare, aerozol inhalacyjny, roztwór, 250 µg/dawkę inhalacyjną	1 op. 200 daw.	5909990061303	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,18	49,34	49,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,67
501	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	5909990054152	2016-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	157,68	181,22	165,73	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,29
502	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	5909991245696	2018-01-01	5 lat	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	157,68	181,37	166,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,82
503	Benazeprilum	Lotensin, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990118915	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,57	23,65	7,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	20,63
504	Benazeprilum	Lotensin, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990119011	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,08	33,04	14,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	27,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
505	Benazeprilum	Lotensin, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990118816	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,64	17,45	3,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	17,15
506	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	5909991254995	2018-11-01	2 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	27,22	35,37	35,37	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	17,69
507	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	5909991254988	2018-11-01	2 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	13,61	18,65	17,69	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	9,81
508	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 amp.po 1 ml	5909990121625	2016-01-01	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
509	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml	10 ml	5909990186525	2016-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	21,75	25,41	9,66	Jaskra		30%	18,65
510	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml	5 ml	5909990186518	2016-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	10,26	12,15	4,83	Jaskra		30%	8,77
511	Betaxololum	Optibetol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml (but.)	5909990925513	2016-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	6,33	8,03	4,83	Jaskra		30%	4,65
512	Bimatoprostum	Bimakolan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka 3 ml	5909991137403	2018-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,38	33,99	33,99	Jaskra		ryczałt	3,20
513	Bimatoprostum	Bimakolan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	5909991137397	2018-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	76,14	93,29	93,29	Jaskra		ryczałt	8,96
514	Bimatoprostum	Bimaroz, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka 3 ml	5909991105594	2017-07-01	5 lat	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,83	39,71	36,52	Jaskra		ryczałt	6,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
515	Bimatoprostum	Bimaroz, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki 3 ml	5909991105600	2017-07-01	5 lat	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	92,51	110,48	109,56	Jaskra		ryczałt	9,88
516	Bimatoprostum	Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	5907553017644	2017-07-01	5 lat	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	90,45	108,32	108,32	Jaskra		ryczałt	8,96
517	Bimatoprostum	Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	5909991285708	2017-05-01	5 lat	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,84	39,72	36,52	Jaskra		ryczałt	6,40
518	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	5909991097066	2016-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,02	43,06	36,52	Jaskra		ryczałt	9,74
519	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 but.po 3 ml	5909991097073	2016-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	102,06	120,50	109,56	Jaskra		ryczałt	19,90
520	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	5909991335663	2018-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,14	38,99	36,52	Jaskra		ryczałt	5,67
521	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	5909991335670	2018-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	90,45	108,32	108,32	Jaskra		ryczałt	8,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
522	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	5909990008469	2016-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,20	44,30	36,52	Jaskra		ryczałt	10,98
523	Bimatoprostum	Treprovist, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909991094041	2016-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,54	35,74	32,61	Jaskra		ryczałt	6,33
524	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka 3 ml	5909991310769	2018-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,12	38,97	36,52	Jaskra		ryczałt	5,65
525	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	5909991310776	2018-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	90,36	108,22	108,22	Jaskra		ryczałt	8,96
526	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	5909990574315	2016-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	50,46	60,32	36,52	Jaskra		ryczałt	27,00
527	Biperidenum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	5909991216405	2018-09-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	10,79	15,10	15,10	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,53
528	Biperidenum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	5909990503834	2016-07-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	10,80	15,11	15,11	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,53
529	Biperidenum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	5909991260620	2016-05-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	11,34	15,68	15,11	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,10
530	Biperidenum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990193219	2016-01-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	11,88	16,24	15,11	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,66
531	Biperidenum	Akineton, tabl., 2 mg	50 tabl.	5909990500604	2016-01-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	12,10	16,48	15,11	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
532	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	5909991197049	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,33	19,57	19,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
533	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 tabl.	5909991197056	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	21,50	28,46	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	9,60
534	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 tabl.	5909991197070	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,16	10,28	10,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
535	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	5909991197063	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,75	15,05	15,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,80
536	Bisoprololum	Bisoprolol Actavis, tabl., 10 mg	30 tabl.	5909990813551	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,34	10,47	10,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
537	Bisoprololum	Bisoprolol Actavis, tabl., 5 mg	30 tabl.	5909990813483	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,67	5,34	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,27
538	Bisoprololum	Bisoprolol VP, tabletki, 10 mg	30 tabl.	5909991152017	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,91	10,02	10,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
539	Bisoprololum	Bisoprolol VP, tabletki, 5 mg	30 tabl.	5909991151911	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,46	5,13	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
540	Bisoprololum	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991015114	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,78	10,92	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,59
541	Bisoprololum	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991015015	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,97	6,72	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,65
542	Bisoprololum	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	5909991066529	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,98	19,19	19,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
543	Bisoprololum	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 tabl.	5909991066420	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,99	10,10	10,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
544	Bisoprololum	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990633852	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,34	10,47	10,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
545	Bisoprololum	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	5909990633869	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,84	20,09	20,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
546	Bisoprololum	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990633791	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,91	6,66	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,59
547	Bisoprololum	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 tabl.	5909990633807	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,42	10,55	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
548	Bisoprololum	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909991097523	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,72	12,97	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	5,64
549	Bisoprololum	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	5909991097554	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	19,44	24,92	21,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	10,26
550	Bisoprololum	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909991097400	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,86	6,60	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,53
551	Bisoprololum	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	5909991097448	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,72	12,97	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	5,64
552	Brimonidini tartras	Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	5907553017897	2018-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	49,36	63,47	63,47	Jaskra		ryczałt	8,00
553	Brimonidinum	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	5909990865024	2016-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,68	29,88	28,45	Jaskra		ryczałt	4,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
554	Brimonidinum	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990874194	2016-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,68	29,88	28,45	Jaskra		ryczałt	4,63
555	Brimonidinum	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	5906414000900	2016-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	50,22	64,37	64,37	Jaskra		ryczałt	8,00
556	Brimonidinum	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	5909990974641	2018-01-01	5 lat	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,68	29,88	28,45	Jaskra		ryczałt	4,63
557	Brimonidinum	Brymont, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	5909990866106	2018-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	16,60	23,50	23,50	Jaskra		ryczałt	3,20
558	Brimonidinum	Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	5909990677733	2016-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,68	29,88	28,45	Jaskra		ryczałt	4,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
559	Brimonidinum	Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	5909991304751	2017-07-01	5 lat	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	16,61	23,51	23,51	Jaskra		ryczałt	3,20
560	Brimonidinum + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990570546	2016-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	32,55	40,25	28,45	Jaskra		ryczałt	15,00
561	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990869114	2016-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	31,23	38,86	28,45	Jaskra		ryczałt	13,61
562	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909991250386	2017-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,44	28,58	28,45	Jaskra		ryczałt	3,33
563	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909991223571	2016-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,68	29,88	28,45	Jaskra		ryczałt	4,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
564	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	5909991223588	2018-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	64,31	79,17	79,17	Jaskra		ryczałt	8,00
565	Bromocriptinum	Bromergon, tabl., 2.5 mg	30 szt.	5909990173013	2016-01-01	3 lata	62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna	13,99	19,13	19,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
566	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2.5 mg	30 szt.	5909990211913	2016-01-01	3 lata	62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna	12,20	17,25	17,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
567	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991306137	2017-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,84	64,44	64,44	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
568	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991306137	2017-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,84	64,44	64,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
569	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991306144	2017-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,90	57,46	56,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,77
570	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991306144	2017-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,90	57,46	56,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,77
571	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991306151	2017-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	66,31	81,02	80,33	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,89
572	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991306151	2017-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	66,31	81,02	80,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
573	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991283629	<1>2016-11-01/<2>2018-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,49	65,12	65,12	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
574	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991283629	<1>2016-11-01/<2>2018-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,49	65,12	65,12	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
575	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991283650	<1>2016-11-01/<2>2018-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,90	57,46	56,89	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,77
576	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991283650	<1>2016-11-01/<2>2018-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,90	57,46	56,89	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,77
577	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991283698	<1>2016-11-01/<2>2018-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,66	80,33	80,33	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
578	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991283698	<1>2016-11-01/<2>2018-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,66	80,33	80,33	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,10
579	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.)	5909991033248	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	56,14	68,93	61,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,17
580	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.)	5909991033248	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	56,14	68,93	61,09	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	26,17
581	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer	5909991033224	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	62,35	75,45	61,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
582	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer	5909991033224	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	62,35	75,45	61,09	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	32,69
583	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	5909990337354	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	42,12	50,84	30,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,49
584	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	5909990337354	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	42,12	50,84	30,55	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	29,46
585	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	5909990337323	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	63,72	76,89	61,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,13
586	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	5909990337323	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	63,72	76,89	61,09	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	34,13
587	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	5909990337286	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,41	61,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,65
588	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	5909990337286	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,41	61,09	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	21,65
589	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	120 kaps.	5909991223793	2018-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,09	36,66	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,63
590	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	120 kaps.	5909991223793	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018.07.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,09	36,66	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	14,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
591	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	5909991204082	2018-09-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	15,55	21,12	18,33	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,99
592	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	5909991204082	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	15,55	21,12	18,33	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	8,29
593	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	120 kaps.	5909991223809	2018-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	62,21	76,40	73,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,49
594	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	120 kaps.	5909991223809	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018.07.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	62,21	76,40	73,31	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	25,08
595	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	5909991203986	2018-09-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,09	36,66	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,63
596	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	5909991203986	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,09	36,66	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	14,43
597	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	5909990335169	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	52,92	65,55	61,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,79
598	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	5909990335169	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	52,92	65,55	61,09	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,79
599	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	5909990335176	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	52,92	65,55	61,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
600	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	5909990335176	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	52,92	65,55	61,09	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,79
601	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. 2 ml	5906414002515	2017-07-01	5 lat	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,84	64,44	64,44	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
602	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. 2 ml	5906414002515	2017-07-01	5 lat	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,84	64,44	64,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
603	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	5906414002522	2017-07-01	5 lat	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,89	56,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
604	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	5906414002522	2017-07-01	5 lat	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,89	56,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
605	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	5906414002539	2017-07-01	5 lat	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,88	80,56	80,33	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,43
606	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	5906414002539	2017-07-01	5 lat	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,88	80,56	80,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
607	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	5909991205966	2018-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-03-01/<2>2017-09-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego	372,60	413,51	413,51	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; mikroskopowe zapalenie jelit; <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
608	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	5909990430314	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	246,24	277,51	277,51	Choroba Leśniowskiego-Crohna	postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi; mikroskopowe zapalenie jelit	ryczałt	3,56
609	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990926213	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,90	24,64	18,33	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,51
610	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990926213	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,90	24,64	18,33	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	11,81
611	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990926312	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	32,40	41,45	36,66	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,99
612	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990926312	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	32,40	41,45	36,66	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	15,79
613	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml	20 szt.	5909991107925	2016-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,49	65,12	65,12	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
614	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml	20 szt.	5909991107925	2016-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,49	65,12	65,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
615	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	5909991005696	2018-09-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,89	56,89	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
616	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	5909991005696	2018-09-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,89	56,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
617	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	5909991005733	2018-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,66	80,33	80,33	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
618	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	5909991005733	2018-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,66	80,33	80,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,10
619	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909990445615	2016-01-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	64,13	77,35	65,12	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,43
620	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909990445615	2016-01-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	64,13	77,35	65,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,43
621	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909990445714	2016-01-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	57,34	69,47	56,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,78
622	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909990445714	2016-01-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	57,34	69,47	56,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,78
623	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909991269784	2016-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,77	80,45	80,33	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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	5909991269784	2016-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,77	80,45	80,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,22
625	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909991233099	2016-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	66,42	81,13	80,33	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,00
626	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909991233099	2016-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	66,42	81,13	80,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,90
627	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909990445813	2016-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	81,42	96,88	80,33	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,75
628	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909990445813	2016-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	81,42	96,88	80,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	40,65
629	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	5909990677313	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	35,62	44,01	30,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,66
630	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	5909990677313	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	35,62	44,01	30,55	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,63
631	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	5909990677412	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,86	40,06	30,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,71
632	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	5909990677412	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,86	40,06	30,55	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	18,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
633	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	5909990335183	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	52,92	65,55	61,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,79
634	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	5909990335183	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	52,92	65,55	61,09	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,79
635	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	5909990335190	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	52,92	65,55	61,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,79
636	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	5909990335190	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	52,92	65,55	61,09	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,79
637	Budesonidum	Tafen Nasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	200 daw.	5909990849611	2016-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	9,94	15,03	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,52
638	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	5909990873074	2018-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,43	127,13	110,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,85
639	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw. z opakowaniem ochronnym	5909991137458	2016-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,48	127,18	110,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,90
640	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	5909991137465	2016-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	54,24	66,23	55,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,19
641	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	5909991137625	2016-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	94,09	112,17	110,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
642	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	5909991136932	2018-01-01	5 lat	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,48	127,18	110,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,90
643	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	5909991136963	2018-01-01	5 lat	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	94,09	112,17	110,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,47
644	Budesonidum + Formoterolum	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	5909990873241	2016-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	110,40	129,30	110,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,60
645	Budesonidum + Formoterolum	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	5909990872886	2016-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	62,87	75,10	53,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,40
646	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg	60 szt.	5909990351718	2016-01-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie 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.	5909990351718	2016-01-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
648	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg	60 szt. - blister	5909991235635	2016-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie 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, 0.2 mg	60 szt. - blister	5909991235635	2016-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
650	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt.	5909990351817	2016-01-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,64
651	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt.	5909990351817	2016-01-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
652	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt. - blister	5909991235642	2016-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
653	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt. - blister	5909991235642	2016-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
654	Buprenorphinum	Buprenorfina Teva, system transdermalny, plaster, 35 µg/godzinę	5 systemów transdermalnych	5909991274092	2017-05-01	5 lat	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	46,15	57,29	48,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,09
655	Buprenorphinum	Buprenorfina Teva, system transdermalny, plaster, 35 µg/godzinę	5 systemów transdermalnych	5909991274092	2017-05-01	5 lat	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	46,15	57,29	48,40	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,89
656	Buprenorphinum	Buprenorfina Teva, system transdermalny, plaster, 52.5 µg/godzinę	5 systemów transdermalnych	5909991274191	2017-05-01	5 lat	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	69,24	83,68	72,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,28
657	Buprenorphinum	Buprenorfina Teva, system transdermalny, plaster, 52.5 µg/godzinę	5 systemów transdermalnych	5909991274191	2017-05-01	5 lat	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	69,24	83,68	72,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	11,08
658	Buprenorphinum	Buprenorfina Teva, system transdermalny, plaster, 70 µg/godzinę	5 systemów transdermalnych	5909991274290	2017-05-01	5 lat	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	92,30	109,75	96,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,15
659	Buprenorphinum	Buprenorfina Teva, system transdermalny, plaster, 70 µg/godzinę	5 systemów transdermalnych	5909991274290	2017-05-01	5 lat	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	92,30	109,75	96,80	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	12,95
660	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	5909990938056	2018-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	44,28	55,32	48,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,12
661	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	5909990938056	2018-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	44,28	55,32	48,40	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,92
662	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	5909990938087	2018-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	66,42	80,73	72,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,33
663	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	5909990938087	2018-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	66,42	80,73	72,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,13
664	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	5909990938131	2018-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	88,56	105,82	96,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
665	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	5909990938131	2018-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	88,56	105,82	96,80	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,02
666	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	5909990966127	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	50,54	61,90	48,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,70
667	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	5909990966127	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	50,54	61,90	48,40	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	13,50
668	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	5909990966226	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	76,79	91,62	72,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	22,22
669	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	5909990966226	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	76,79	91,62	72,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	19,02
670	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	5909990966325	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	104,00	122,03	96,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	28,43
671	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	5909990966325	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	104,00	122,03	96,80	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	25,23
672	Buspironum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	5909997213538	2016-07-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	20,52	27,62	27,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,29
673	Buspironum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	5909997201450	2016-03-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	22,68	29,88	29,88	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,96
674	Buspironum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990073603	2016-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	29,92	37,49	29,88	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,57
675	Buspironum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990073597	2016-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	18,25	23,04	14,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,58
676	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	5909990277919	2016-11-01	3 lata	236.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan	331,33	369,10	369,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
677	Calcifediolum	Devisol-25, krople doustne, roztwór, 150 µg/ml	10 ml	5909990227211	2016-01-01	3 lata	18.2, Witamina D i jej metabolity - colekalcyferol i kalcyfediol	8,10	10,54	7,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,61
678	Calcii folinas	Calciumfolinat-Ebewe, kaps. twarde, 15 mg	20 szt.	5909990356713	2016-01-01	3 lata	215.1, Kwas folinowy i jego sole - postacie do stosowania doustnego	21,60	28,58	28,58	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
679	Calcii folinas	Leucovorin Ca Teva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909991117566	2016-01-01	3 lata	215.2, Kwas folinowy i jego sole - postacie do stosowania pozajelitowego	89,64	107,33	107,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
680	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet , żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	5909990948376	2018-11-01	2 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	72,36	88,08	84,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,26
681	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet , żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	5909990948383	2018-11-01	2 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	144,72	168,06	168,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	50,42
682	Calcitoninum	Calcitonin 100 Jelfa, płyn do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 amp.po 1 ml	5909990808410	2016-01-01	3 lata	86.0, Leki wpływające na gospodarkę wapniową - kalcytonina	29,16	37,71	37,71	Osteoporoza		30%	11,31
683	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 16 + 10 mg	30 kaps.	5906414002140	2018-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,32	33,38	26,14	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	15,08
684	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 16 + 10 mg	90 kaps.	5906414002171	2018-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	80,42	95,42	78,41	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	40,53
685	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 16 + 5 mg	30 kaps.	5906414002089	2018-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,32	33,38	26,14	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	15,08
686	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 16 + 5 mg	90 kaps.	5906414002119	2018-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	80,42	95,42	78,41	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	40,53
687	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 8 + 10 mg	30 kaps.	5906414002027	2018-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,86	22,41	13,07	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	13,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
688	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 8 + 10 mg	90 kaps.	5906414002058	2018-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	54,45	64,53	39,21	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	37,08
689	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 8 + 5 mg	30 kaps.	5906414001969	2018-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,40	18,78	13,07	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	9,63
690	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 8 + 5 mg	90 kaps.	5906414001990	2018-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	44,04	53,58	39,21	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	26,13
691	Candesartanum cilexetilum	Atacand, tabl., 16 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990430123	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,33	36,32	24,40	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%	19,24
692	Candesartanum cilexetilum	Atacand, tabl., 8 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990430017	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,53	19,37	6,10	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%	15,10
693	Candesartanum cilexetilum	Atacand, tabl., 8 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990430024	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,09	22,50	12,20	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%	13,96
694	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990739653	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,14	28,77	24,40	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%	11,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
695	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 tabl.	5909990739707	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,20	44,44	44,44	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%	13,33
696	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990739592	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,07	15,13	12,20	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%	6,59
697	Candesartanum cilexetilum	Candesartan Genoptim, tabl., 16 mg	28 szt.	5909991306991	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,74	23,10	23,10	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%	6,93
698	Candesartanum cilexetilum	Candesartan Genoptim, tabl., 8 mg	28 szt.	5909991306885	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	12,33	12,20	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%	3,79
699	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 16 mg	28 tabl.	5909990937172	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	25,93	24,40	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%	8,85
700	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	5909990937196	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,55	53,21	48,79	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%	19,06
701	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 32 mg	28 tabl.	5909990937264	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,88	49,35	48,79	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%	15,20
702	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 8 mg	28 tabl.	5909990937080	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	13,72	12,20	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%	5,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
703	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	5909990937103	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,28	27,87	24,40	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%	10,79
704	Candesartanum cilexetilum	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	5909990962945	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	25,93	24,40	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%	8,85
705	Candesartanum cilexetilum	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	5909990962839	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	13,72	12,20	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%	5,18
706	Candesartanum cilexetilum	Kangen, tabl., 16 mg	28 szt.	5909991020507	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,15	23,53	23,53	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%	7,06
707	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	5909990772193	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,22	29,90	24,40	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%	12,82
708	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	5909990772209	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,34	52,99	48,79	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%	18,84
709	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	5909990772230	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,34	52,99	48,79	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%	18,84
710	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	5909990772162	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,61	15,70	12,20	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%	7,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
711	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	5909990772179	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,00	29,67	24,40	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%	12,59
712	Candesartanum cilexetilum	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	5909990801350	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,68	29,33	24,40	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%	12,25
713	Candesartanum cilexetilum	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	5909990801367	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,99	16,10	12,20	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%	7,56
714	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	5909990800629	2017-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	28,20	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,12
715	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	5909991063702	2018-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	48,79	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,64
716	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	5909991064051	2018-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	48,79	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,64
717	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	5909990800360	2016-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,85	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,31
718	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	5909990957255	2017-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,28	27,87	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,79
719	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	5909990957279	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,55	53,21	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,06
720	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 tabl.	5909991057596	2017-03-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	49,92	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,77
721	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 tabl.	5909991058609	2017-03-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	49,92	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
722	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	5909990957170	2017-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,64	14,68	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,14
723	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	5909990957194	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,28	27,87	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,79
724	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	5909990865178	2016-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,22	29,90	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,82
725	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg	56 szt.	5909990865185	2017-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,20	53,89	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,74
726	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	5909991136840	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	64,58	78,35	73,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,12
727	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg	28 szt.	5909990865222	2017-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	47,84	58,76	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,61
728	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg	28 szt.	5909990865260	2017-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	47,84	58,76	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,61
729	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg	28 szt.	5909990865130	2018-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	14,28	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,74
730	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg	56 szt.	5909990865147	2017-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	28,20	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,12
731	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	5909991136833	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,29	40,93	36,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,32
732	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	5909990043910	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,33	10,35	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	7,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
733	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	5909990043910	2016-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,33	10,35	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,98
734	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	5909991014117	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	13,76	10,35	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	6,61
735	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	5909991014117	2016-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	13,76	10,35	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,41
736	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	5909991030315	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	13,76	10,35	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	6,61
737	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	5909991030315	2016-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	13,76	10,35	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,41
738	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	5909991014216	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,77	15,84	12,42	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	6,62
739	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	5909991014216	2016-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,77	15,84	12,42	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
740	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	5909991014223	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	19,55	25,34	20,70	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	7,84
741	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	5909991014223	2016-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	19,55	25,34	20,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,64
742	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990244515	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,83	16,40	15,53	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
743	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990244515	2016-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,83	16,40	15,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,87
744	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990244614	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	23,65	31,05	31,05	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
745	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990244614	2016-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	23,65	31,05	31,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
746	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	5909990341917	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-09-01 - 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
747	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	5909990341917	2016-01-01	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
748	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	5909990341924	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-09-01 - 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
749	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	5909990341924	2016-01-01	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
750	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990120215	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	15,46	10,35	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	8,31
751	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990120215	2016-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	15,46	10,35	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,11
752	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990120116	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	12,10	16,19	12,42	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	6,97
753	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990120116	2016-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	12,10	16,19	12,42	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,77
754	Carbocisteinum	Mukolina, syrop, 50 mg/ml	120 ml	5909990032211	2016-01-01	3 lata	205.1, Leki mukolityczne - karbocysteina	4,42	6,50	6,50	Mukowiscydoza; Pierwotna dyskineza rzęsek		30%	1,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
755	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12.5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990570430	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,21	9,62	3,51	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%	7,16
756	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570409	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,64	13,17	7,02	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
757	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6.25 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990570454	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,70	7,54	1,76	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%	6,31
758	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990074099	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,80	10,24	3,51	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%	7,78
759	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990074129	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,45	14,02	7,02	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%	9,11
760	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990074051	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,70	7,54	1,76	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%	6,31
761	Carvedilolum	Carvedilol Genoptim, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	5909991291778	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018.01.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,30	5,53	3,51	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%	3,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
762	Carvedilolum	Carvedilol Genoptim, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	5909991291846	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018.01.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,62	11,05	7,02	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%	6,14
763	Carvedilolum	Carvedilol Genoptim, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	5909991291730	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018.01.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	2,14	2,75	1,76	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%	1,52
764	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990727148	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,32	9,74	3,51	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%	7,28
765	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990727193	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,80	13,34	7,02	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%	8,43
766	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990727100	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,37	7,19	1,76	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%	5,96
767	Carvedilolum	Carvedilolum 123ratio, tabl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338856	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,78	9,16	3,51	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
768	Carvedilolum	Carvedilolum 123ratio, tabl., 25 mg	30 tabl. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338931	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,75	11,19	7,02	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%	6,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
769	Carvedilolum	Carvedilolum 123ratio, tabl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338788	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,26	7,07	1,76	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%	5,84
770	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12.5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991017019	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,18	10,64	3,51	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%	8,18
771	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909991017118	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,34	13,91	7,02	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%	9,00
772	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3.125 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991016814	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,34	7,96	0,88	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%	7,34
773	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6.25 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991016913	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,80	7,64	1,76	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%	6,41
774	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6.25 mg	30 szt.	5909990983315	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,80	7,64	1,76	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%	6,41
775	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12.5 mg	30 szt.	5909990216505	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,96	10,41	3,51	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%	7,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
776	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	5909990216567	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,38	13,94	7,02	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%	9,03
777	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3.125 mg	30 szt.	5909990216604	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,99	8,64	0,88	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
778	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 12.5 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990048496	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	28,79	33,23	11,70	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%	25,04
779	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990048489	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,86	10,30	3,51	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%	7,84
780	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990048540	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	36,72	43,40	23,40	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%	27,02
781	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990048502	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,34	13,91	7,02	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%	9,00
782	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 6.25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990048472	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	21,82	24,58	5,85	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%	20,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
783	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990048465	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,74	7,58	1,76	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%	6,35
784	Carvedilolum	Symtrend, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990074754	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,56	8,94	3,51	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%	6,48
785	Carvedilolum	Symtrend, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990074662	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,64	11,07	7,02	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%	6,16
786	Carvedilolum	Symtrend, tabl. powl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990074792	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,26	7,07	1,76	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%	5,84
787	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990687909	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,02	12,57	3,51	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%	10,11
788	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990687930	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	21,60	24,68	7,02	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%	19,77
789	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990687862	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,04	16,74	7,02	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%	11,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
790	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990687879	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	26,03	30,83	14,04	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%	21,00
791	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990687886	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,60	7,43	1,76	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%	6,20
792	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6.25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990687893	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,20	14,86	3,51	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%	12,40
793	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	5909990137411	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,88	20,33	13,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,68
794	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	5909990137428	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	20,20	25,58	17,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,71
795	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	5909990137510	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,32	38,62	26,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,32
796	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	5909990137527	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	37,04	45,69	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,95
797	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	5909997203836	2016-07-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	25,65	33,74	33,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,87
798	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml (63,47 g)	5909997207827	2016-07-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	23,54	31,52	31,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
799	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	5909990775910	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	38,88	48,16	39,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,20
800	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	5909990775927	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	46,44	57,56	53,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	30,95
801	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	5909990676514	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,76	28,53	12,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,22
802	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	5909990676613	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,70	31,26	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,84
803	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	5909990676620	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,86	43,03	23,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,25
804	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	5909990676712	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,42	51,21	25,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	38,59
805	Cefaclorum	Vercef, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	37,5 g (1 but.po 75 ml)	5909990453610	2017-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,60	24,21	24,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,11
806	Cefaclorum	Vercef, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	50 g (1 but.po 100 ml)	5909990453627	2017-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	23,49	31,46	31,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,73
807	Cefadroxilum	Biodroxil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 0.25 g/5 ml	60 ml (45 g)	5909990780211	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	7,56	11,02	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,70
808	Cefadroxilum	Biodroxil, tabl. powl., 1000 mg	12 szt.	5909990780518	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,31	25,11	20,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
809	Cefadroxilum	Biodroxil, kaps., 500 mg	12 szt.	5909990780419	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,61	15,18	10,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,13
810	Cefadroxilum	Biodroxil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	45 g (60 ml)	5909990780310	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,31	17,87	17,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,94
811	Cefadroxilum	Duracef, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g	10 szt.	5909990764617	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,57	29,02	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,60
812	Cefadroxilum	Duracef, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	5909990050826	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,04	19,11	17,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,24
813	Cefadroxilum	Duracef, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	60 ml	5909990050819	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,66	13,22	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,90
814	Cefadroxilum	Duracef, kaps., 500 mg	12 szt.	5909990051113	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,63	18,35	10,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,30
815	Cefadroxilum	Duracef, kaps., 500 mg	20 szt.	5909990051120	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,73	30,24	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,82
816	Cefadroxilum	Duracef, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	100 ml	5909990050925	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	29,14	37,40	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,66
817	Cefadroxilum	Duracef, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	5909990050918	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,52	22,28	21,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,64
818	Cefalexinum	Keflex, kaps., 250 mg	12 kaps.	5909990070213	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,02	9,03	5,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
819	Cefalexinum	Keflex, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	60 ml (38,1g granulatu)	5909990070411	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,50	17,26	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,94
820	Cefalexinum	Keflex, kaps., 500 mg	12 kaps.	5909990070312	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	18,30	10,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,25
821	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	5909990059515	2016-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	10,50	14,42	10,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,94
822	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	10 ml	5909990806812	2016-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	3,38	4,19	1,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,28
823	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	5909990806911	2016-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	5,00	6,53	3,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,70
824	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	5909990059416	2016-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	5,71	7,93	5,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,19
825	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 125 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	5909990063727	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,15	15,33	8,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,12
826	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 125 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990063734	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,01	21,27	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,38
827	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	5909990063840	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,30	29,79	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,37
828	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990063857	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,10	38,04	23,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,26
829	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	5909990063697	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,89	41,19	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
830	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990063703	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,58	51,98	47,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,41
831	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	5909991255145	2016-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,82	18,79	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,37
832	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	5909991255152	2016-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,33	25,68	23,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,90
833	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909991255183	2016-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,15	34,12	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,29
834	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	5909991255190	2016-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,51	48,76	47,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,19
835	Cefuroximum	Cefuroxime Aurobindo, tabl., 250 mg	10 szt.	5909990934058	2016-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,58	17,48	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,06
836	Cefuroximum	Cefuroxime Aurobindo, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909991312831	2018-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,22	31,04	31,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,52
837	Cefuroximum	Cefuroxime Aurobindo, tabl., 500 mg	10 szt.	5909990934171	2016-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,30	32,18	32,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,09
838	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	50 ml (46,2 g) (prosz.)	5909991009212	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,03	20,15	17,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,28
839	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	88,2 g prosz. (1 but.po 100 ml)	5909991009229	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,08	35,23	35,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
840	Cefuroximum	Ceroxim, tabl., 250 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909991010614	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,86	18,82	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,40
841	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 250 mg	10 tabl.	5909991263331	2017-07-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,47	17,36	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,94
842	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 250 mg	14 tabl.	5909991263355	2017-07-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,63	24,94	23,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,16
843	Cefuroximum	Ceroxim, tabl., 250 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909991010621	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,71	35,76	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,93
844	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 250 mg	20 tabl.	5909991263362	2017-07-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,06	32,97	32,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,49
845	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	50 ml (46,2 g) (prosz.)	5909991009113	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,08	35,23	35,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,62
846	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	88,2 g prosz. (1 but.po 100 ml)	5909991009120	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	54,69	67,66	67,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,83
847	Cefuroximum	Ceroxim, tabl., 500 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909991012519	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,65	35,69	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,86
848	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	5909991263386	2017-09-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,25	32,12	32,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,06
849	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	5909991263409	2017-09-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,45	48,69	47,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
850	Cefuroximum	Ceroxim, tabl., 500 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909991012526	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,08	67,87	67,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,20
851	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	20 tabl.	5909991263416	2017-05-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	50,33	62,90	62,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,45
852	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	5909991231125	2018-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,20	18,13	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,71
853	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	5909991231149	2018-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,48	24,78	23,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,00
854	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909991231194	2018-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,41	34,39	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,56
855	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	5909991231217	2018-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,97	47,14	47,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,57
856	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990224951	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,66	20,71	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,29
857	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5907626701753	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,58	25,94	23,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,16
858	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. powlekane, 500 mg	10 szt.	5909991217860	2018-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,68	34,68	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,85
859	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909991265328	2016-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	35,01	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
860	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990224456	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,70	37,85	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,02
861	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	5907626701760	2018-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	48,01	47,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,44
862	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	5909990216383	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,74	21,85	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,43
863	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	5909991067946	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,84	27,26	23,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,48
864	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909990216390	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,16	37,28	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,45
865	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	5909991067953	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,58	51,98	47,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,41
866	Cefuroximum	Zinacef, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań i infuzji, 1500 mg	10 fiol.	5909990069927	2016-01-01	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
867	Cefuroximum	Zinacef, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań lub roztworu do wstrzykiwań i infuzji, 750 mg	10 fiol.	5909990069828	2016-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	47,52	59,22	54,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,79
868	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 125 mg	10 szt.	5909990083213	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,15	15,33	8,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,12
869	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	42,20 g granulatu (1 but.po 50 ml)	5909990051335	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,47	19,55	17,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,68
870	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	84,40 g granulatu (1 but.po 100 ml)	5909990051342	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,32	35,48	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
871	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	5909997201559	2018-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,49	18,43	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,01
872	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	5909991260071	2017-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	18,45	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,03
873	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	5909997196350	2016-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	19,58	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,16
874	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	5909997198606	2016-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	19,58	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,16
875	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	5909990083312	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	23,55	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,13
876	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	39,98 g granulatu (1 but.po 50 ml)	5909990468812	2016-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,32	35,48	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,74
877	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909997210605	2018-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,61	32,50	32,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,25
878	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909997200118	2018-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,38	33,31	33,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,66
879	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909991283575	2017-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,49	33,42	33,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,71
880	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909991260095	2017-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,92	33,88	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
881	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909997196077	2016-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,19	34,16	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,33
882	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909997198378	2016-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,46	34,44	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,61
883	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909990083411	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,32	39,55	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,72
884	Cefuroximum	Zinnat, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	5909991272531	2017-07-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,92	33,88	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,05
885	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	5909990083435	2016-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	42,12	52,55	47,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,98
886	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	5909991082932	2016-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,93	18,90	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,48
887	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909991082949	2016-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,32	35,34	33,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,51
888	Cetirizinum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990910793	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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	14,91	13,16	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%	5,70
889	Cetirizinum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (2 blist.po 15 szt.)	5909990569441	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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	14,91	13,16	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%	5,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
890	Cetirizinum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	10 ml w but. z kroplomierzem	5909991103811	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,80	9,69	8,94	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%	3,43
891	Cetirizinum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	20 ml w but. z kroplomierzem	5909991103835	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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	16,82	16,82	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%	5,05
892	Cetirizinum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	5909990851119	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,99	13,04	8,94	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%	6,78
893	Cetirizinum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	5909990410729	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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	9,37	8,77	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%	3,23
894	Cetirizinum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990410736	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,15	14,23	13,16	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%	5,02
895	Cetirizinum	Amertil, tabletki powlekane, 10 mg	60 tabl.	5907695215250	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	25,99	25,99	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%	7,80
896	Cetirizinum	Cetirizine Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990969739	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	13,98	13,16	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%	4,77
897	Cetirizinum	Letizen, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	5909990869725	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,19	10,12	8,77	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%	3,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
898	Cetirizinum	Zyrtec, roztwór do stosowania doustnego, 1 mg/ml	75 ml	5909990781515	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,91	11,40	6,71	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%	6,70
899	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990184637	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,48	18,77	13,16	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%	9,56
900	Cetirizinum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	5909990184736	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,00	17,88	17,88	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%	5,36
901	Cetrorelixum	Cetrotide, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 0.25 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz.	5909990488926	2018-07-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	108,00	127,46	125,19	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	64,87
902	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	5909990345618	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl	241,48	272,39	272,39	Nowotwory złośliwe	amyloidoza	bezpłatny do limitu	0,00
903	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 tabl.	5909991139582	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 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>porfiria skórna późna	30%	5,82
904	Chlorpromazinum	Fenactil, krople doustne, roztwór, 40 mg/g	10 g	5909990274314	2016-01-01	3 lata	172.2, Leki przeciwpsychotyczne - chlorpromazyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	2,94	4,33	4,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
905	Chlorprothixenum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990203017	2016-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	9,57	5,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	7,05
906	Chlorprothixenum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990203017	2016-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	9,57	5,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,57
907	Chlorprothixenum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990203116	2016-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,93	19,06	19,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
908	Chlorprothixenum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990203116	2016-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,93	19,06	19,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,72
909	Chlorquinaldolum	Chlorchinaldin, maść, 30 mg/g	20 g	5909990297610	2016-01-01	3 lata	57.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne - pochodne chinoliny - chlorchinaldol	6,05	8,76	8,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,38
910	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	5909990212064	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	125,28	146,62	146,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,80
911	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	60 daw. (1 poj.po 60 daw.)	5909990218530	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	62,64	76,85	73,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,94
912	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	5909990212057	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	88,45	103,95	73,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	37,04
913	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	60 daw. (1 poj.po 60 daw.)	5909990218523	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	44,23	53,87	36,66	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
914	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	5909990787463	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-07-01 - 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	238,09	268,47	268,12	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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,55
915	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	5909990787289	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-07-01 - 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	67,13	67,03	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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,30
916	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	5909990787357	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-07-01 - 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	134,06	134,06	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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
917	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 kaps.)	5909990946624	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-07-01 - 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	238,14	268,53	268,12	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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
918	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	5909990946716	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-07-01 - 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	277,56	311,23	311,23	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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
919	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990946426	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-07-01 - 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	54,00	67,18	67,03	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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,35
920	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 kaps.)	5909990946525	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-07-01 - 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	113,94	134,12	134,06	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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,26
921	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	5909990406111	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-07-01 - 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	32,17	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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	26,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
922	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	5909990336814	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-07-01 - 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	301,32	334,87	268,12	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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	69,95
923	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	but. 50 ml	5909990336913	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-07-01 - 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	359,01	396,75	311,23	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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	88,72
924	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	5909990336616	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-07-01 - 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	82,97	97,60	67,03	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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	33,77
925	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	5909990336715	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-07-01 - 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	150,52	172,53	134,06	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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	41,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
926	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990678648	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,78	8,82	2,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,82
927	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 2.5 mg	28 szt.	5909990678655	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	14,25	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,20
928	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990678679	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	23,23	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,70
929	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 0.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990066636	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,51	6,12	1,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,12
930	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990066667	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,64	2,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,64
931	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990066780	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,36	16,73	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,30
932	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990066803	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,46	26,56	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	21,71
933	Cilazaprilum + Hydrochlorothiazidum	Cazacombi, tabl. powl., 5+12,5 mg	28 szt.	5909990781676	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	23,23	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,70
934	Ciprofibratum	Lipanor, kaps., 100 mg	30 kaps. (3 blist.po 10 szt.)	5909990376612	2016-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	21,01	26,41	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,64
935	Ciprofloxacinum	Ciphin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990499113	2016-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,88	10,42	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,74
936	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	5909990066414	2016-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	5,40	6,77	3,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
937	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	5909990066216	2016-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,92	10,47	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,79
938	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990308514	2016-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	5,40	6,77	3,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,93
939	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 tabl. (blist.)	5909990334964	2016-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,95	10,50	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,82
940	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	5909990308712	2016-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	5,26	6,62	3,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,78
941	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 500 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	5909990729012	2016-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,94	10,49	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,81
942	Ciprofloxacinum	Proxacin 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909991033514	2016-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	5,24	6,60	3,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,76
943	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909991033613	2016-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,88	10,42	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,74
944	Clarithromycinum	Fromilid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml (25 g)	5909990818013	2016-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,53	17,53	17,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,00
945	Clarithromycinum	Fromilid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	60 ml (25 g)	5909990059522	2016-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,10	30,00	30,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,00
946	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	5909990773626	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,85	19,10	12,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,72
947	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990781010	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,79	27,33	25,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
948	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	5909991036546	2018-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,05	48,45	48,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,23
949	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990081165	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,97	19,22	12,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,84
950	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	5909991260255	2016-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,20	22,51	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,26
951	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	5909991257316	2016-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	24,21	24,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,11
952	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990045532	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,06	25,51	25,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,76
953	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990045549	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,24	35,39	35,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,70
954	Clarithromycinum	Klabax 125 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	5909990620654	2016-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	20,61	27,71	27,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,86
955	Clarithromycinum	Klabax 125 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	5909990620647	2016-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,37	17,35	17,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,82
956	Clarithromycinum	Klabax 250 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	5909990620678	2016-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	45,42	56,95	56,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,51
957	Clarithromycinum	Klabax 250 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	5909990620661	2016-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,26	35,41	34,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
958	Clarithromycinum	Klabion, tabl. powl., 250 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	5909990890934	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	13,98	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,43
959	Clarithromycinum	Klabion, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990890965	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	19,38	12,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,00
960	Clarithromycinum	Klabion, tabl. powl., 500 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	5909990891030	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,38	26,81	18,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,70
961	Clarithromycinum	Klabion, tabl. powl., 500 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990891061	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,24	37,25	25,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,50
962	Clarithromycinum	Klabiotic, tabl. powl., 250 mg	10 tabl.	5909991327309	2018-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,62	8,54	8,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,27
963	Clarithromycinum	Klabiotic, tabl. powl., 250 mg	14 tabl.	5909991327323	2018-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,86	11,75	11,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,88
964	Clarithromycinum	Klabiotic, tabl. powl., 250 mg	20 tabl.	5909991327347	2018-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,23	16,15	16,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,08
965	Clarithromycinum	Klabiotic, tabl. powl., 500 mg	10 tabl.	5909991327217	2018-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,23	16,15	16,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,08
966	Clarithromycinum	Klabiotic, tabl. powl., 500 mg	14 tabl.	5909991327224	2018-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,72	22,01	22,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,01
967	Clarithromycinum	Klabiotic, tabl. powl., 500 mg	20 tabl.	5909991327248	2018-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,46	30,37	30,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
968	Clarithromycinum	Klabiotic, tabl. powl., 500 mg	28 tabl.	5909991327262	2018-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,45	41,52	41,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,76
969	Clarithromycinum	Klabiotic, tabl. powl., 500 mg	7 tabl.	5909991327200	2018-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,86	11,75	11,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,88
970	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	100 ml	5909990331727	2016-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,68	29,88	28,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,66
971	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml	5909990331710	2016-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,61	18,65	17,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,12
972	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990331819	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,44	17,80	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,25
973	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990331826	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,26	24,77	12,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,39
974	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	5909990780631	2016-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	45,36	56,89	56,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,45
975	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	60 ml	5909990780624	2016-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,22	35,37	34,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,31
976	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 500 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990719419	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,67	45,05	25,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	32,30
977	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	5909991030223	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,69	18,92	12,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
978	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	5909991030117	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,01	25,46	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,73
979	Clarithromycinum	Lekoklar, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 68,3 g	5909990946075	2016-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,42	25,41	25,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,71
980	Clarithromycinum	Lekoklar, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 68,3 g	5909990946198	2016-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	36,84	47,93	47,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,97
981	Clarithromycinum	Lekoklar forte, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	5909991282776	2016-11-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,20	22,51	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,26
982	Clarithromycinum	Lekoklar forte, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	5909990952229	2016-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	24,78	24,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,39
983	Clarithromycinum	Lekoklar forte, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	5909991316761	2017-09-01	5 lat	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,66	21,94	21,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,97
984	Clarithromycinum	Lekoklar mite, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	5909990952205	2016-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,53	13,51	12,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,13
985	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	5909991023416	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,06	25,51	25,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,76
986	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 150 mg/ml, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 150 mg/ ml	5 fiol.po 4 ml	5909991003043	2016-01-01	3 lata	102.1, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania pozajelitowego	45,36	56,89	56,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
987	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	5909991001438	2016-01-01	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
988	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	12 szt. (2 blist.po 6 szt.)	5909991001520	2016-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,84	31,12	30,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,63
989	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	30 szt. (5 blist.po 6 szt.)	5909991001544	2016-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,61	73,08	73,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	36,54
990	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 kaps. (1 blist.po 16 szt.)	5909990071210	2016-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,86	12,20	10,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,04
991	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 kaps. (2 blist.po 8 szt.)	5909990306435	2016-01-01	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
992	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 kaps. (1 blist.po 16 szt.)	5909990071111	2016-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,91	8,85	5,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,27
993	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	5909990745814	2016-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,28	18,63	18,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,32
994	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	5909990067510	2016-01-01	3 lata	102.1, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania pozajelitowego	24,84	32,15	28,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,91
995	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 600 mg/4 ml	5 fiol.po 4 ml	5909990405817	2016-01-01	3 lata	102.1, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania pozajelitowego	45,79	57,34	56,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,65
996	Clobetasolum	Dermovate, krem, 0.5 mg/g	25 g	5909990004713	2016-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	8,32	11,26	8,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,84
997	Clobetasolum	Dermovate, maść, 0.5 mg/g	25 g	5909990004812	2016-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	8,32	11,26	8,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,84
998	Clobetasolum	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	25 ml	5909990369911	2016-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	8,32	11,26	8,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,84
999	Clobetasolum	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	5909997013800	2016-11-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	13,99	18,89	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,05
1000	Clobetasolum	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	5909997196497	2016-07-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	14,04	18,94	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1001	Clobetasolum	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	5909990369928	2016-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	16,63	21,66	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,82
1002	Clobetasolum	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml (0,05%)	25 ml	5909997201375	2016-07-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	6,48	9,32	8,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,90
1003	Clomipraminum	Anafranil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990294916	2016-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	6,91	8,70	4,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,07
1004	Clomipraminum	Anafranil, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	5909990295012	2016-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	10,91	14,66	11,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,09
1005	Clomipraminum	Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	5909990295111	2016-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	17,17	23,14	23,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1006	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990135615	2016-01-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	4,10	5,16	2,89	Padaczka		ryczałt	5,16
1007	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990135516	2016-01-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	8,10	11,56	11,56	Padaczka		ryczałt	3,20
1008	Clonidinum	Iporel, tabl., 75 µg	50 szt.	5909990282814	2016-01-01	3 lata	35.0, Leki antyadrenergiczne działające ośrodkowo - klonidyna	5,94	8,61	8,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,58
1009	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	5909990141012	2016-01-01	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
1010	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909991318543	2017-11-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,25	21,53	21,53	Miażdżyca 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%	6,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1011	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909991271602	2017-03-01	5 lat	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,44	21,73	21,73	Miażdżyca 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%	6,52
1012	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909991298319	2017-03-01	5 lat	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,66	21,96	21,96	Miażdżyca 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%	6,59
1013	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909991251949	2016-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	17,23	23,61	23,61	Miażdżyca 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%	7,08
1014	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990754748	2016-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	19,44	25,93	25,63	Miażdżyca 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%	7,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1015	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991167011	2016-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	27,00	33,87	25,63	Miażdżyca 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%	15,93
1016	Clopidogrelum	Carder, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990760244	2016-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	16,71	23,07	23,07	Miażdżyca 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%	6,92
1017	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990625826	2016-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	19,15	25,63	25,63	Miażdżyca 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%	7,69
1018	Clopidogrelum	Clopidogrel Apotex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990774401	2016-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	19,55	26,05	25,63	Miażdżyca 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%	8,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1019	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990768141	2018-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,58	20,83	20,83	Miażdżyca 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%	6,25
1020	Clopidogrelum	Clopidogrel Genoptim, tabl. powl., 75 mg	28 tabl.	5909990762194	2018-03-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,64	21,94	21,94	Miażdżyca 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%	6,58
1021	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909991029388	2018-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	17,17	23,55	23,55	Miażdżyca 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%	7,07
1022	Clopidogrelum	Clopidogrel Teva, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990718245	2016-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	17,99	24,41	24,41	Miażdżyca 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%	7,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1023	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990727667	2016-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,71	22,02	22,02	Miażdżyca 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%	6,61
1024	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990793730	2016-03-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,75	22,05	22,05	Miażdżyca 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%	6,62
1025	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990762729	2016-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	19,98	26,50	25,63	Miażdżyca 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%	8,56
1026	Clopidogrelum	Trombex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990821921	2016-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,71	22,02	22,02	Miażdżyca 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%	6,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1027	Clopidogrelum	Vixam, tabl., 75 mg	30 szt.	5909990866533	2016-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	21,49	28,29	27,46	Miażdżyca 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%	9,07
1028	Clopidogrelum	Zyllt, tabletki powlekane, 75 mg	28 szt.	5901878600475	2018-07-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,53	20,78	20,78	Miażdżyca 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%	6,23
1029	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909991109219	2016-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	19,44	25,93	25,63	Miażdżyca 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%	7,99
1030	Clotrimazolum	Clotrimazolum GSK, tabl. dopochwowe, 100 mg	6 szt. (1 blist.po 6 szt.)	5909990363711	2016-01-01	3 lata	59.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym	7,70	10,50	8,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,39
1031	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	5909990295715	2016-01-01	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
1032	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 tabl.	5909991327705	2018-03-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,35	25,86	25,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1033	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 tabl.	5909991327606	2018-03-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,84	7,10	7,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1034	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 tabl. (2 blist.po 25 szt.)	5909990139521	2016-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,81	32,65	28,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,25
1035	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 tabl. (2 blist.po 25 szt.)	5909990139422	2016-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	12,23	7,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,13
1036	Colecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	5909991047818	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2018-03-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	18.2, Witamina D i jej metabolity - kolekalcyferol 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
1037	Colistinum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	5909990366514	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-07-01/<2>2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	106.0, Antybiotyki peptydowe - kolistyna	280,80	314,71	314,71	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 w skojarzeniu z antybiotykoterapią dożylną u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza	ryczałt	3,20
1038	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1.2 j./g	20 g	5909990015412	2016-01-01	3 lata	51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran	31,59	40,65	40,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,33
1039	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	5909990244010	2016-01-01	3 lata	26.0, Witamina B12 - cyjanokobalamina	5,67	8,24	8,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,47
1040	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990240814	2016-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-05-01/<2>2016-07-01/<3>2017-01-01 - 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
1041	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990240814	2016-03-01	3 lata	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	72,36	88,08	88,08	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1042	Cyproteronum	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990657476	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	40,88	51,00	42,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	21,28
1043	Cyproteronum	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990657483	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	88,56	106,14	106,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	31,84
1044	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt.	5909991039486	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,88	10,08	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	5,72
1045	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt.	5909991039509	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	23,65	29,03	18,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	15,98
1046	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990222216	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	11,73	14,13	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	9,77
1047	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	5909990222230	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	29,16	34,82	18,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	21,77
1048	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	OC-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990046171	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	9,18	11,45	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1049	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	OC-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	5909990046188	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	27,00	32,55	18,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	19,50
1050	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990037773	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	9,40	11,68	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,32
1051	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	5909990086788	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	28,08	33,68	18,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	20,63
1052	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 0,5 ml	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	5909991302108	2018-07-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	35,83	45,76	45,76	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		50%	22,88
1053	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	10 szt.	5909990641253	2018-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	42,50	49,58	20,08	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe 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	32,70
1054	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	5909990641260	2018-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	127,44	143,48	60,25	<1>Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe 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	86,43
1055	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	5909990641260	2018-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	127,44	143,48	60,25	<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%	101,31
1056	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	5909990887453	2018-03-01	2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	127,44	145,36	82,14	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%	87,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1057	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg	10 szt.	5909990641215	2018-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	42,50	48,48	13,69	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe 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	37,99
1058	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg	30 szt.	5909990641222	2018-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	127,44	141,60	41,08	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe 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	103,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1059	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 10000 j.m. (anty-Xa)/0,4 ml	5 amp.-strz.po 0,4 ml	5909990958818	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	82,95	98,49	80,33	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	21,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1060	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 12500 j.m. (anty-Xa)/0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990949519	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	113,38	131,86	100,41	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	34,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1061	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 15000 j.m. (anty-Xa)/0,6 ml	5 amp.-strz.po 0,6 ml	5909990949618	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - 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	158,45	120,50	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	41,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1062	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 18000 j.m. (anty-Xa)/0,72 ml	5 amp.-strz z igłą po 0,72 ml	5909990949717	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	156,11	178,62	144,59	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	37,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1063	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 2500 j.m. (anty-Xa)/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	5909990776412	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	44,38	54,27	40,17	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	17,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1064	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m. (anty-Xa)/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	5909990776511	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	92,01	108,00	80,33	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	30,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1065	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 7500 j.m. (anty-Xa)/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	5909990949410	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - 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	158,45	120,50	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	41,15
1066	Danazolum	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt)	5909990925339	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	73.0, Hormony płciowe - antygonadotropiny - danazol	96,12	114,48	114,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny	ryczałt	3,56
1067	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	5909990774869	2016-11-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degareliks	1667,22	1800,65	1800,65	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	9,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1068	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 fiol. z rozp.	5909990774852	2016-11-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degareliks	547,86	602,13	602,13	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1069	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	5909990761647	2018-09-01	2 lata 8 miesięcy	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	761,57	832,14	832,14	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, ze złamaniem osteoporotycznym, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	249,64
1070	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909991032838	2018-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	16,04	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,83
1071	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909991032852	2018-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	44,58	39,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,95
1072	Desloratadinum	Delorissa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 butelka 150 ml	5909990986842	2017-05-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,78	15,92	13,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,53
1073	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 150 ml	5909990969371	2017-01-01	2 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,50	17,73	13,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,34
1074	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909990969654	2017-01-01	2 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,91	12,93	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,88
1075	Desloratadinum	Delortan, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	5909990969678	2017-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,63	35,12	35,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,54
1076	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 150 ml	5909990964574	2018-05-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,39	17,61	13,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,22
1077	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909990964611	2018-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,12	15,24	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1078	Desloratadinum	Desloratadine Genoptim, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909991010980	2018-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,71	13,77	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,56
1079	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	150 ml	5909990975921	2017-01-01	2 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,85	17,04	13,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,65
1080	Desloratadinum	Dynid, tabletki, 5 mg	30 szt.	5909991326487	2017-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	12,64	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,79
1081	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990979981	2017-01-01	2 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,15	14,23	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,02
1082	Desloratadinum	Goldesin, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	150 ml	5909990990368	2017-11-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,96	17,16	13,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,77
1083	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 150 ml	5909990981458	2018-03-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,98	20,33	13,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,94
1084	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2.5 mg	30 szt.	5909990981359	2018-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	10,00	6,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,39
1085	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	5909990981373	2018-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,69	18,99	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,78
1086	Desloratadinum	Jovesto, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 150 ml	5909990994465	2018-05-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,88	16,02	13,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,63
1087	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	5909991225735	2018-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,25	24,77	24,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1088	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	5909990994533	2018-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,71	26,31	26,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,89
1089	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909990994540	2017-11-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,24	38,91	38,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,67
1090	Desloratadinum	Teslor, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	150 ml	5909991095932	2017-03-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,83	15,97	13,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,58
1091	Desloratadinum	Teslor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909991095987	2017-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,88	12,89	12,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,87
1092	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	5909990068548	<1>2016-01-01/<2>2017-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	150,97	174,95	174,95	<1>Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	3,20
1093	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	5909990068548	<1>2016-01-01/<2>2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	150,97	174,95	174,95	<2>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%	52,49
1094	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	5909990068579	<1>2016-09-01/<2>2017-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	304,99	340,67	340,67	<1>Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	6,40
1095	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	5909990068579	<1>2016-09-01/<2>2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	304,99	340,67	340,67	<2>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%	102,20
1096	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	5909990068494	<1>2016-01-01/<2>2017-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	75,49	91,69	87,48	<1>Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	7,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1097	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	5909990068494	<1>2016-01-01/<2>2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	75,49	91,69	87,48	<2>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%	30,45
1098	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 0,5 mg	20 tabl.	5909991353735	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	6,37	9,20	7,56	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	4,84
1099	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	5909991297763	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	254,88	286,81	286,81	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
1100	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	5909991297480	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	50,98	63,37	60,45	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	8,61
1101	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg mg	20 szt.	5909991297879	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	502,20	553,19	553,19	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
1102	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	5909991297633	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	101,95	120,90	120,90	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	11,38
1103	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	5909990170517	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	17,06	22,09	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja	ryczałt	10,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1104	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	5909990170418	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	8,53	11,47	7,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja	ryczałt	7,11
1105	Diazepamum	Relanium, zawiesina doustna, 2 mg/5 ml	100 g	5909990264018	2016-01-01	3 lata	181.2, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doustnego	5,40	7,87	7,87	Padaczka		ryczałt	3,20
1106	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 wlew.a 2,5 ml	5909990751518	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - 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
1107	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 wlew.a 2,5 ml	5909990751617	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - 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
1108	Diclofenacum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	10 amp.po 3 ml	5909990753024	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	11,61	14,98	10,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,73
1109	Diclofenacum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	5 amp.po 3 ml	5909990753017	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,78	7,60	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	4,98
1110	Diclofenacum	Diclac 150 Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990957828	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-09-01/<2>2017-01-01 - 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	6,37	8,87	7,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>dyskopatia; <2>ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	5,03
1111	Diclofenacum	Diclac 150 Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	5909997199627	2016-11-01 - dla kolumny 12, <1>2016-09-01/<2>2017-01-01 - 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	11,83	16,17	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>dyskopatia; <2>ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1112	Diclofenacum	Diclac 150 Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990957811	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-09-01/<2>2017-01-01 - 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	12,74	17,13	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>dyskopatia; <2>ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,44
1113	Diclofenacum	Diclac 75 Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990957729	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-09-01/<2>2017-01-01 - 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	3,94	5,26	3,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>dyskopatia; <2>ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	3,34
1114	Diclofenacum	Diclac 75 Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990957712	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-09-01/<2>2017-01-01 - 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	7,99	10,57	7,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>dyskopatia; <2>ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,73
1115	Diclofenacum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml (but.)	5909990074044	2016-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	15,82	21,43	21,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1116	Diclofenacum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990752010	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-09-01/<2>2017-01-01 - 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	11,07	14,65	11,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>dyskopatia; <2>ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,89
1117	Diclofenacum	Difadol 0,1%, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml (but.)	5909991026516	2016-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	8,53	11,95	10,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,43
1118	Diclofenacum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	5909990033614	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-09-01/<2>2017-01-01 - 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	5,13	8,14	8,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>dyskopatia; <2>ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	4,07
1119	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml (but.)	5909990145317	2016-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	7,56	10,93	10,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1120	Diclofenacum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	5909990241910	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,81	7,63	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	5,01
1121	Diclofenacum	Naklofen Duo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	5909990487714	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-09-01/<2>2017-01-01 - 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	6,74	9,26	7,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>dyskopatia; <2>ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	5,42
1122	Diclofenacum	Olfen 75 SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990974122	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-09-01/<2>2017-01-01 - 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	11,45	15,05	11,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>dyskopatia; <2>ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,29
1123	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990457120	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-09-01/<2>2017-01-01 - 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	16,96	22,68	22,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>dyskopatia; <2>ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,34
1124	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990457137	2016-11-01 - dla kolumny 12, <1>2017-09-01/<2>2017-01-01 - 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	22,68	31,37	31,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>dyskopatia; <2>ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	15,69
1125	Diclofenacum	Olfen Uno, Dicloratio Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990457113	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-09-01/<2>2017-01-01 - 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	6,37	8,87	7,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>dyskopatia; <2>ból w przebiegu chorób nowotworowych w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	5,03
1126	Diclofenacum + Lidocainum	Dicloratio, roztwór do wstrzykiwań, (75+20) mg/2 ml	3 szt.	5909990413829	2016-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	3,65	4,75	3,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,18
1127	Diclofenacum + Lidocainum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	5909990161119	2016-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	10,80	12,87	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1128	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	5909990776962	2016-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	148,50	172,23	172,23	Endometrioza		ryczałt	3,20
1129	Digoxinum	Digoxin Teva, tabl., 100 µg	30 szt.	5909990012114	2016-01-01	3 lata	28.0, Glikozydy naparstnicy	1,02	1,28	0,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	1,28
1130	Digoxinum	Digoxin Teva, tabl., 250 µg	30 szt.	5909990221516	2016-01-01	3 lata	28.0, Glikozydy naparstnicy	1,27	1,86	1,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	1,86
1131	Digoxinum	Digoxin WZF, tabl., 250 µg	30 tabl. (2 blist.po 15 szt.)	5909990037711	2016-01-01	3 lata	28.0, Glikozydy naparstnicy	2,30	2,95	1,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,95
1132	Dihydrocodeinum	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	5909990217045	2016-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	34,40	44,04	44,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,21
1133	Dihydrocodeinum	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	5909990217045	2016-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	34,40	44,04	44,04	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1134	Dihydrocodeinum	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	5909990217069	2016-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	56,51	69,26	66,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,02
1135	Dihydrocodeinum	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	5909990217069	2016-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	56,51	69,26	66,06	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,20
1136	Diltiazemum	Dilzem 120 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg	30 tabl.	5909990482917	2016-01-01	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
1137	Diltiazemum	Dilzem 180 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg	30 tabl.	5909990483310	2016-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	11,88	16,31	15,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,53
1138	Diltiazemum	Dilzem retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 tabl.	5909990213214	2016-01-01	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
1139	Diltiazemum	Oxycardil 120, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990112616	2016-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,87	11,10	10,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,65
1140	Diltiazemum	Oxycardil 180, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990416318	2016-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	11,82	16,25	15,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,47
1141	Diltiazemum	Oxycardil 240, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 240 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990416417	2016-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	16,49	21,93	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,83
1142	Diltiazemum	Oxycardil 60, tabl. powl., 60 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990121120	2016-01-01	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1143	Dinatrii clodronas	Bonefos, kaps. twarde, 400 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt)	5909990029815	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	146.1, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas klodronowy	270,00	303,09	301,01	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych	postępujące kostniejące zapalenie mięśni	ryczałt	5,28
1144	Dinatrii clodronas	Bonefos, kaps. twarde, 400 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990029822	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	146.1, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas klodronowy	270,00	303,09	301,01	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych	postępujące kostniejące zapalenie mięśni	ryczałt	5,28
1145	Dinatrii clodronas	Sindronat, kaps. twarde, 400 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990421879	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	146.1, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas klodronowy	269,98	303,07	301,01	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych	postępujące kostniejące zapalenie mięśni	ryczałt	5,26
1146	Dinatrii clodronas	Sindronat, kaps. twarde, 400 mg	120 szt. (12 blist.po 10 szt.)	5909990953530	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	146.1, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas klodronowy	324,00	361,21	361,21	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych	postępujące kostniejące zapalenie mięśni	ryczałt	3,20
1147	Dinatrii pamidronas	Pamidronat medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 3 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990587841	2016-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	86,40	105,19	105,19	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20
1148	Dinatrii pamidronas	Pamidronat medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 3 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909990587872	2016-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	172,80	199,91	199,91	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20
1149	Dinatrii pamidronas	Pamidronat medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 3 mg/ml	1 fiol.po 30 ml	5909990587902	2016-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	259,20	293,61	293,61	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20
1150	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	5909990661671	2016-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	227,28	257,11	252,94	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,37
1151	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	5909990661688	2016-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	227,28	257,11	252,94	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1152	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	5909990661695	2016-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	340,90	379,41	379,41	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20
1153	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabletki powlekane, 10 mg	28 tabl.	5909991344481	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,98	28,07	28,07	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	8,42
1154	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990770045	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,46	39,07	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,67
1155	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	5902020661474	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	75,06	92,67	92,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	27,80
1156	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990770038	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	20,51	26,10	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,90
1157	Donepezilum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991024413	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	34,54	43,36	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	16,96
1158	Donepezilum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	5909991024420	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	58,86	72,42	72,42	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	21,73
1159	Donepezilum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	5907695215380	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	88,18	105,68	105,68	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	31,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1160	Donepezilum	Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991024314	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,90	25,46	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,26
1161	Donepezilum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991266509	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	24,84	33,17	33,17	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,95
1162	Donepezilum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990689873	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,78	39,41	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,01
1163	Donepezilum	Donecept, tabletki powlekane, 10 mg	28 tabletek	5909991328726	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,06	29,20	29,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	8,76
1164	Donepezilum	Donecept, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990689781	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,12	20,44	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,24
1165	Donepezilum	Donectil, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990683666	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	29,65	38,22	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,82
1166	Donepezilum	Donectil, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990683581	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,17	26,79	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1167	Donepezilum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	5909990851492	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,74	39,70	39,70	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,91
1168	Donepezilum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	5909990851478	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	25,92	32,00	20,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	17,86
1169	Donepezilum	Donepesan, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909991095246	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,82	26,13	26,13	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,84
1170	Donepezilum	Donepestan, tabl. powl., 10 mg	28 tabl.	5909990825677	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,04	24,97	24,97	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,49
1171	Donepezilum	Donepestan, tabl. powl., 5 mg	28 tabl.	5909990825561	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	8,52	13,51	13,51	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	4,05
1172	Donepezilum	Donepestan/Donepezil Hydrochloride Accord, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	5909990825745	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	75,60	93,24	93,24	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	27,97
1173	Donepezilum	Donepestan/Donepezil Hydrochloride Accord, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	5909990825639	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	37,80	49,55	49,55	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	14,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1174	Donepezilum	Donepex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991056018	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	29,16	37,71	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,31
1175	Donepezilum	Donepex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991055912	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,12	20,44	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,24
1176	Donepezilum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990814138	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	29,77	29,77	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	8,93
1177	Donepezilum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990814077	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	9,61	14,65	14,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	4,40
1178	Donepezilum	Donepezil Polfarmex, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990877669	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,77	39,40	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,00
1179	Donepezilum	Donepezil Polfarmex, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990877553	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,77	21,12	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,92
1180	Donepezilum	Doneprion, tabl. powl., 10 mg	28 tabl.	5909990776900	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	38,84	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1181	Donepezilum	Doneprion, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990776870	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,28	22,70	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,50
1182	Donepezilum	Donesyn, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990657360	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,78	39,41	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,01
1183	Donepezilum	Donesyn, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990657353	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,06	22,47	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,27
1184	Donepezilum	Pamigen, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990726936	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	38,84	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,44
1185	Donepezilum	Pamigen, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990726929	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,12	20,44	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,24
1186	Donepezilum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	5909990798940	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,32	39,98	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,58
1187	Donepezilum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	5909990798933	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	24,30	30,08	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	16,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1188	Donepezilum	Symepezil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991275778	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,00	35,44	35,44	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,63
1189	Donepezilum	Symepezil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991275747	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,04	19,30	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	6,10
1190	Donepezilum	Symepezil, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990662104	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	10,28	15,35	15,35	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	4,61
1191	Donepezilum	Yasnal, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990993314	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	29,92	38,51	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,11
1192	Donepezilum	Yasnal, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990993215	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	20,52	26,11	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,91
1193	Donepezilum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	5909990850204	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,32	39,98	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,58
1194	Donepezilum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	5909990850075	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	24,84	30,64	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	17,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1195	Dornasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp.a 2,5 ml	5909990375813	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	205.2, Leki mukolityczne - dornaza alfa	2381,40	2560,23	2560,23	Mukowiscydoza	pierwotna dyskineza rzęsek	ryczałt	3,20
1196	Dorzolamidum	Dorzolamid STADA, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990880591	2018-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,30	19,70	18,96	Jaskra		ryczałt	3,94
1197	Dorzolamidum	Dorzolamide Genoptim/Dorzoma Mono, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909991234904	2016-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,94	20,37	18,96	Jaskra		ryczałt	4,61
1198	Dorzolamidum	Dorzostill, krople do oczu, 20 mg/ml	5 ml	5909990795284	2016-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,31	19,71	18,96	Jaskra		ryczałt	3,95
1199	Dorzolamidum	Dropzol, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.	5909990838325	2016-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,94	20,37	18,96	Jaskra		ryczałt	4,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1200	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 butelka 5 ml	5909991344306	2018-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,30	19,70	18,96	Jaskra		ryczałt	3,94
1201	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki 5 ml	5909991344313	2018-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	42,92	54,33	54,33	Jaskra		ryczałt	5,33
1202	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990942855	2016-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,17	22,71	18,96	Jaskra		ryczałt	6,95
1203	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	5900257101015	2017-07-01	5 lat	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	42,92	54,33	54,33	Jaskra		ryczałt	5,33
1204	Dorzolamidum	Oftidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990849741	2016-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,85	24,47	18,96	Jaskra		ryczałt	8,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1205	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990643929	2016-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,90	24,53	18,96	Jaskra		ryczałt	8,77
1206	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 x 5 ml	5906414000962	2016-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	45,36	56,89	56,89	Jaskra		ryczałt	5,33
1207	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990661329	2016-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,17	22,71	18,96	Jaskra		ryczałt	6,95
1208	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	5909991310936	2018-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,30	19,70	18,96	Jaskra		ryczałt	3,94
1209	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	5909991310943	2018-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	42,92	54,33	54,33	Jaskra		ryczałt	5,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1210	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990442423	2016-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	26,14	33,52	28,45	Jaskra		ryczałt	8,27
1211	Dorzolamidum + Timololum	Dorzolamide + Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990894383	2016-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,99	26,01	26,01	Jaskra		ryczałt	3,20
1212	Dorzolamidum + Timololum	Dropzol Tim, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990898305	2018-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,99	26,01	26,01	Jaskra		ryczałt	3,20
1213	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	5909991340674	2018-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,99	26,01	26,01	Jaskra		ryczałt	3,20
1214	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	5909991340681	2018-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	56,97	71,46	71,46	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1215	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909991067267	2016-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,68	29,88	28,45	Jaskra		ryczałt	4,63
1216	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	5909991067274	2016-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	57,15	71,64	71,64	Jaskra		ryczałt	8,00
1217	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	5909990866144	2016-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	19,21	26,24	26,24	Jaskra		ryczałt	3,20
1218	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990746705	2016-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	23,65	30,90	28,45	Jaskra		ryczałt	5,65
1219	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 x 5 ml w butelce	5906414000955	2016-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	57,16	71,66	71,66	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1220	Dorzolamidum + Timololum	Tymolamid, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 poj.po 5 ml	5909990864225	2016-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	19,98	27,05	27,05	Jaskra		ryczałt	3,20
1221	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	5909991311049	2018-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,99	26,01	26,01	Jaskra		ryczałt	3,20
1222	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	5909991311056	2018-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	56,96	71,45	71,45	Jaskra		ryczałt	8,00
1223	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 tabl.	5909990901890	2017-07-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,67	9,31	9,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1224	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 tabl.	5909990901890	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	9,31	9,31	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%	2,79
1225	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 tabl.	5909990902255	2017-07-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,34	17,22	17,22	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1226	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 tabl.	5909990902255	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	17,22	17,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	5,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1227	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 tabl.	5909990902293	2017-07-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	34,02	45,94	45,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1228	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 tabl.	5909990902293	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	45,94	45,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,78
1229	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	5909990969517	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,80	13,25	6,09	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,36
1230	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	5909990969517	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	10,80	13,25	6,09	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%	8,99
1231	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	5909990969616	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,85	21,05	12,18	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,07
1232	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	5909990969616	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	16,85	21,05	12,18	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%	12,52
1233	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990969715	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	21,56	27,95	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,79
1234	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990969715	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	21,56	27,95	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1235	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	5909991271367	2016-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,17	46,20	46,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,40
1236	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	5909991271367	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	36,17	46,20	46,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,86
1237	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 tabl.	5909990431410	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,70	26,00	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,84
1238	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 tabl.	5909990431410	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	19,70	26,00	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	8,95
1239	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	5909990431519	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,25	59,93	48,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	17,61
1240	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	5909990431519	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	49,25	59,93	48,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	25,83
1241	Doxazosinum	Doxagen, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990037957	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,06	25,32	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,16
1242	Doxazosinum	Doxagen, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990037957	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	19,06	25,32	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	8,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1243	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	5909990790951	2016-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,12	25,39	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,23
1244	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	5909990790951	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	25,39	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	8,34
1245	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	5909990884582	2016-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	58,32	71,46	71,46	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1246	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	5909990884582	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	58,32	71,46	71,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	21,44
1247	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990854318	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,96	15,52	6,09	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,63
1248	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990854318	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	12,96	15,52	6,09	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%	11,26
1249	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990854417	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,03	20,19	12,18	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,21
1250	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990854417	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	16,03	20,19	12,18	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%	11,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1251	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990854516	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,70	26,00	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,84
1252	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990854516	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	19,70	26,00	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	8,95
1253	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990484911	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,96	15,52	6,09	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,63
1254	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990484911	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	12,96	15,52	6,09	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%	11,26
1255	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	5909991298043	2017-03-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,35	8,79	8,79	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1256	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	5909991298043	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	8,79	8,79	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%	2,64
1257	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	5909991276492	2016-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,40	8,84	8,84	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1258	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	5909991276492	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	5,40	8,84	8,84	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%	2,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1259	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990485017	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,30	24,68	12,18	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	15,70
1260	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990485017	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	20,30	24,68	12,18	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%	16,15
1261	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 tabl.	5908289660289	2018-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	62,64	77,89	77,89	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80
1262	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 tabl.	5908289660289	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	62,64	77,89	77,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	23,37
1263	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	5909991298050	2017-03-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,69	16,28	16,28	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1264	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	5909991298050	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	16,28	16,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,88
1265	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	5909991276508	2016-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,80	16,40	16,40	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1266	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	5909991276508	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	10,80	16,40	16,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1267	Doxazosinum	Doxar, tabletki, 4 mg	28 tabl.	5909991325626	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	15,27	15,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,58
1268	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990485116	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,90	25,16	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,00
1269	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990485116	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	18,90	25,16	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	8,11
1270	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabletki, 1 mg	30 tabletek	5909991288679	2018-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	2,60	4,64	4,64	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1271	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabletki, 1 mg	30 tabletek	5909991288679	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - 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	2,60	4,64	4,64	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%	1,39
1272	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabletki, 2 mg	30 tabletek	5909991288815	2018-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,21	8,82	8,82	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1273	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabletki, 2 mg	30 tabletek	5909991288815	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - 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	5,21	8,82	8,82	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%	2,65
1274	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabletki, 4 mg	30 tabletek	5909991288945	2018-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,37	16,20	16,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1275	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabletki, 4 mg	30 tabletek	5909991288945	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - 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	10,37	16,20	16,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,86
1276	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991149611	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,93	17,99	12,18	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,01
1277	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991149611	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	17,99	12,18	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%	9,46
1278	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991149710	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	21,49	27,87	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,71
1279	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991149710	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	21,49	27,87	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,82
1280	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 2 mg	30 szt.	5909991320737	2017-09-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,67	9,31	9,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1281	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 2 mg	30 szt.	5909991320737	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	9,31	9,31	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%	2,79
1282	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 4 mg	30 szt.	5909991320751	2017-09-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,34	17,22	17,22	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1283	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 4 mg	30 szt.	5909991320751	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	17,22	17,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	5,17
1284	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 tabl.	5901720140005	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,90	25,16	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,00
1285	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 tabl.	5901720140005	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	18,90	25,16	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	8,11
1286	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 tabl.	5901720140012	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	56,70	69,76	69,76	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1287	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 tabl.	5901720140012	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	56,70	69,76	69,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	20,93
1288	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990491315	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,68	22,97	12,18	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,99
1289	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990491315	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	22,97	12,18	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%	14,44
1290	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990491414	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,52	26,86	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1291	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990491414	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	20,52	26,86	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,81
1292	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990022571	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,52	26,86	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,70
1293	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990022571	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	20,52	26,86	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,81
1294	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	5909991013820	2018-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,02	48,14	48,14	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,40
1295	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	5909991013820	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	38,02	48,14	48,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	14,44
1296	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990903320	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,57	15,11	6,09	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,22
1297	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990903320	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	12,57	15,11	6,09	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%	10,85
1298	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990903429	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,82	22,07	12,18	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1299	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990903429	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	17,82	22,07	12,18	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%	13,54
1300	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990903511	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,79	25,04	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,88
1301	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990903511	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	18,79	25,04	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	7,99
1302	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990080267	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	61,56	74,86	73,08	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,38
1303	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990080267	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	61,56	74,86	73,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	23,70
1304	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	5909991330576	2018-05-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	5,67	8,24	8,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,12
1305	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt. (2 szt.po 5 szt.)	5909990072316	2016-01-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	7,56	10,23	8,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,11
1306	Dutasterydum	Adadut, kapsułki miękkie, 0.5 mg	30 kaps.	5909991328696	2018-09-01	2 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,14	29,24	29,24	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	8,77
1307	Dutasterydum	Adadut, kapsułki miękkie, 0.5 mg	90 kaps.	5909991328702	2018-09-01	2 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	28,08	40,96	40,96	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	12,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1308	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990015030	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,26	6,12	5,63	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	3,69
1309	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990015054	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,37	11,77	11,25	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	6,92
1310	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990020836	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,88	11,25	11,25	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	6,40
1311	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990020829	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,58	20,12	20,12	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
1312	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990014934	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,91	3,89	2,81	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	3,89
1313	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990014958	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,31	7,23	5,63	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	4,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1314	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	5909990048328	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	47,97	58,04	40,17	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1315	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	5909990048427	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	96,41	112,62	80,33	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1316	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	5909990774821	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	135,53	155,98	120,50	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1317	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	5909990775026	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	175,12	199,27	160,66	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1318	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	5909990774920	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	265,39	295,47	200,83	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	99,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1319	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	5909990891429	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	292,08	324,35	240,99	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	89,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1320	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	5909990891528	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	345,84	382,09	301,24	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1321	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	5906395161096	2016-11-01 - dla kolumny 12, <1>2017-09-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	164,16	189,18	189,18	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1322	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	5906395161010	2016-11-01 - dla kolumny 12, <1>2017-09-01/<2>2017-03-01 - 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	40,17	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	5,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1323	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	5906395161034	2016-11-01 - dla kolumny 12, <1>2017-09-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	65,66	80,33	80,33	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1324	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	5906395161058	2016-11-01 - dla kolumny 12, <1>2017-09-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	98,50	117,10	117,10	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1325	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	5906395161072	2016-11-01 - dla kolumny 12, <1>2017-09-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	131,33	153,30	153,30	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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
1326	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt. (1 but.po 50 szt.)	5909990042579	2016-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	47,42	57,78	45,35	Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	12,43
1327	Enzyma pancreatis	Lipancrea 16 000, kapsułki, 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	5909990723164	<1>2017-09-01/<2>2018-01-01	<1>5 lat/<2>2 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1328	Enzyma pancreatis	Lipancrea 16 000, kapsułki, 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	5909990723164	<1>2017-09-01/<2>2018-01-01	<1>5 lat/<2>2 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	26,77	34,83	34,83	<1>Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,00
1329	Eprosartanum	Teveten, tabl. powl., 600 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990868414	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,65	31,04	6,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	26,77
1330	Ergotaminum	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	5909990211517	2016-01-01	3 lata	154.0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina	3,48	5,11	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,56
1331	Esomeprazolum	Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	28 kaps.	5909990926497	2017-05-01	2 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,13	8,87	8,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,44
1332	Esomeprazolum	Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	56 kaps.	5909991074975	2017-05-01	2 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
1333	Esomeprazolum	Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 40 mg	28 kaps.	5909990926534	2017-05-01	2 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
1334	Esomeprazolum	Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 40 mg	56 kaps.	5909991074999	2017-05-01	2 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	24,54	32,13	32,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,07
1335	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	5909990841332	2017-03-01	2 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,06	10,89	8,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,46
1336	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	5909990841363	2017-03-01	2 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,11	20,99	17,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,12
1337	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	5909990876280	2017-05-01	2 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,15	8,89	8,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,46
1338	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	5909990876778	2017-05-01	2 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,30	16,99	16,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,50
1339	Esomeprazolum	Texibax, tabl., 20 mg	28 szt.	5909991268275	2017-01-01	2 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,05	8,78	8,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,39
1340	Esomeprazolum	Texibax, tabl., 40 mg	28 szt.	5909991268282	2017-01-01	2 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,10	16,78	16,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,39
1341	Estradiolum	Climara-50, system transdermalny, 50 µg/24h	4 szt.	5909990458318	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,44	23,73	11,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	15,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1342	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0.5 mg/0,5 g	28 szt.	5909990447619	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	26,70	32,83	20,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	18,73
1343	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szt.	5909990447718	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	33,49	42,59	40,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	14,39
1344	Estradiolum	Estrofem, tabl. powl., 2 mg	28 tabl.	5909990330713	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	11,45	15,55	13,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	5,97
1345	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powl., 1 mg	28 tabl.	5909990823215	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	10,75	13,31	6,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	8,52
1346	Estradiolum	Fem 7, system transdermalny, 50 µg/24h	4 szt.	5909990774616	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	12,96	16,93	11,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	8,87
1347	Estradiolum	Oesclim 25, system transdermalny, 25 µg/24h	6 szt.	5909990761517	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	18,25	20,57	4,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	17,55
1348	Estradiolum	Oesclim 50, system transdermalny, 50 µg/24h	6 szt.	5909990761616	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	18,25	21,77	8,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	15,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1349	Estradiolum	Progynova-21, tabl. powl., 2 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990304110	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	8,48	11,69	10,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	4,50
1350	Estradiolum	Systen 50, system transdermalny, plaster, 3.2 mg	6 szt.	5909990169214	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	16,82	20,27	8,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	14,23
1351	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powl., 1+2 mg	28 szt. (1 blist.po 28 szt.)	5909990221073	2016-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	41,58	47,19	13,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	37,61
1352	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powl., 1+5 mg	28 szt.	5909990973316	2016-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	20,40	24,95	13,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,37
1353	Estradiolum + Levonorgestrelum	Fem 7 Combi, system transdermalny, faza I: 50 µg, faza II:50+10 µg/24h	4 plast. (2szt.I fazy+2szt.II fazy)	5909991054410	2018-07-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	26,46	35,21	35,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,56
1354	Estradiolum + Levonorgestrelum	Klimonorm, tabl. drażowane, 2+0,15 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990059713	2016-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	10,80	14,87	13,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,29
1355	Estradiolum + Medroxyprogesteronum	Divina, tabl., 2 mg, 2+10 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990661411	2016-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	9,68	13,69	13,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,11
1356	Estradiolum + Medroxyprogesteronum	Indivina, tabl., 1+2,5 mg	28 szt. (1 blist.po 28 szt.)	5909991070915	2016-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	28,25	33,19	13,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,61
1357	Estradiolum + Medroxyprogesteronum	Indivina, tabl., 1+5 mg	28 szt. (1 blist.po 28 szt.)	5909991071011	2016-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	28,25	33,19	13,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1358	Estradiolum + Medroxyprogesteronum	Indivina, tabl., 2+5 mg	28 szt. (1 blist.po 28 szt.)	5909991071110	2016-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	28,25	33,19	13,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,61
1359	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powl., 1+0,5 mg	28 tabl.	5909990451210	2016-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	21,96	26,59	13,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,01
1360	Estradiolum + Norethisteronum	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt. (1 blist.po 28 szt.)	5909990067794	2016-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	18,20	22,64	13,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,06
1361	Estradiolum + Norethisteronum	Estalis, system transdermalny, 0,5 mg; 50 µg/24h + 4,8 mg; 250 µg/24h	8 systemów transdermalnych	5909990816514	2016-01-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	30,24	39,18	39,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,75
1362	Estradiolum + Norethisteronum	Estalis, system transdermalny, 0,6 mg; 50 µg/24h + 2,7 mg; 140 µg/24h	8 systemów transdermalnych	5909990816613	2016-01-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	30,24	39,18	39,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,75
1363	Estradiolum + Norethisteronum	Kliogest, tabl. powl., 2+1 mg	28 tabl.	5909990329717	2016-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	21,21	25,80	13,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,22
1364	Estradiolum + Norethisteronum	Systen Conti, system transdermalny, 3,2+11,2 mg	8 szt.	5909990444717	2016-01-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	31,30	40,31	40,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,09
1365	Estradiolum + Norethisteronum	Systen Sequi, system transdermalny, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry Systen 50 + 4 plastry Systen Conti)	5909990444816	2016-01-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	31,30	40,31	40,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,09
1366	Estradiolum + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powl., 2;2+0,5 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990304219	2016-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	5,40	9,20	9,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,76
1367	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	5909990227310	2017-03-01	3 lata	240.0, Leki przeciwprątkowe - inne - etambutol	74,52	90,57	90,57	Gruźlica, w tym również gruźlica lekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1368	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	5909990879458	2018-09-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,56	8,14	8,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,44
1369	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 30+150 µg	63 szt.	5909990879465	2016-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	16,20	22,11	22,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,63
1370	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990060016	2016-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	6,24	8,84	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,03
1371	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	5909990060023	2016-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	17,28	23,24	23,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,97
1372	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 szt.	5909997223414	2016-07-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,62	8,20	8,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,46
1373	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	5909990873319	2016-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,72	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,49
1374	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Stediril 30, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 tabl. (1 blist.po 21 szt.)	5909990072514	2016-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,72	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,49
1375	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990244911	2016-01-01	3 lata	157.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - etosuksymid	31,72	40,81	40,81	Padaczka		ryczałt	3,20
1376	Everolimusum	Certican, tabl., 0.5 mg	60 szt. (6 blist. po 10 szt.)	5909990211357	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	848,89	926,11	926,11	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1377	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990211654	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	407,46	451,47	451,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1378	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.75 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990211845	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	1273,61	1382,50	1382,50	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1379	Exemestanum	Etadron, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	5909990798094	2017-03-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	64,58	77,30	59,39	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	17,91
1380	Exemestanum	Glandex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	5909990812202	2016-05-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	75,60	88,87	59,39	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	29,48
1381	Exemestanum	Symex, tabletki drażowane, 25 mg	30 tabl.	5909991335489	2018-09-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	62,76	75,39	59,39	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	16,00
1382	Ezetimibum	Ezehron, tabletki, 10 mg	28 tabl.	5909991347161	2018-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	23,22	30,23	28,15	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	10,53
1383	Ezetimibum	Ezen, tabletki, 10 mg	28 szt.	5909991096229	2018-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	21,24	28,15	28,15	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	8,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1384	Ezetimibum	Ezetimibe Mylan, tabl., 10 mg	28 szt.	5909991189822	2018-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	37,80	45,54	28,15	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	25,84
1385	Ezetimibum	Ezetrol, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990221066	2016-01-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	122,67	134,65	28,15	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	114,95
1386	Ezetimibum	Ezoleta, tabletki, 10 mg	30 szt.	5909991311407	2018-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	22,77	30,00	30,00	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	9,00
1387	Ezetimibum	Ezolip, tabletki, 10 mg	30 tabl.	5909991304416	2018-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	22,57	29,79	29,79	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	8,94
1388	Ezetimibum	Mizetib, tabletki, 10 mg	28 tabl.	5903060613973	2018-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	28,08	35,33	28,15	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	15,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1389	Ezetimibum	Symezet, tabletki w blistrze, 10 mg	30 szt.	5909991347529	2018-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	29,16	36,71	30,16	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	15,60
1390	Ezetimibum + Atorvastatinum	Atozet, tabl. powl., 10+40 mg	30 szt.	5909991226633	2017-01-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	131,43	144,09	30,16	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	122,98
1391	Ezetimibum + Atorvastatinum	Atozet, tabl. powl., 10+80 mg	30 szt.	5909991226725	2017-01-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	131,43	144,09	30,16	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	122,98
1392	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990014736	2016-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	4,30	6,23	5,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,65
1393	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990014729	2016-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	8,48	11,95	11,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,59
1394	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990014835	2016-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	8,41	11,88	11,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,52
1395	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990014828	2016-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	15,80	21,49	21,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
1396	Famotidinum	Ulfamid, tabl. powl., 20 mg	20 szt.	5909990273225	2016-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	2,40	3,66	3,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1397	Famotidinum	Ulfamid, tabl. powl., 20 mg	30 tabl.	5909990273232	2018-03-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	2,92	4,77	4,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1398	Famotidinum	Ulfamid, tabl. powl., 40 mg	20 szt.	5909990286225	2016-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	3,89	6,28	6,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1399	Famotidinum	Ulfamid, tabl. powl., 40 mg	30 tabl.	5909990286232	2018-03-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	5,83	9,17	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1400	Febuxostat	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 tabl.	5909990761562	2018-11-01	4 miesiące	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny - allopurynol	106,27	117,18	28,66	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	102,85
1401	Febuxostat	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 tabl.	5909990761562	2018-11-01	4 miesiące	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny - allopurynol	106,27	117,18	28,66	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%	97,12
1402	Febuxostat	Adenuric, tabl. powl., 80 mg	28 tabl.	5909990761548	2018-11-01	4 miesiące	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny - allopurynol	106,27	115,84	19,11	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%	102,46
1403	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	5909990344918	2016-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	13,91	17,65	11,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,62
1404	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	5909990344819	2016-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,34	12,55	5,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,53
1405	Fenofibratum	Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	5909990909414	2016-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	14,67	19,75	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,98
1406	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	5909990754496	2016-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	15,55	20,68	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,91
1407	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	5909990754526	2016-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	20,95	27,31	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,26
1408	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt. (3 blist.po 10)	5909990713974	2018-01-01	5 lat	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	15,88	21,03	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1409	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990611065	2016-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	21,06	27,42	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,37
1410	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	5909990109814	2016-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	8,64	12,95	12,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,89
1411	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	5909990492114	2016-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	14,04	19,09	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,32
1412	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 tabl.	5909991212339	2018-07-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	13,61	18,64	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,87
1413	Fenofibratum	Grofibrat S, tabletki powlekane, 160 mg	60 szt.	5907594031500	2018-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	27,54	35,70	35,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,71
1414	Fenofibratum	Grofibrat S, tabletki powlekane, 160 mg	90 szt.	5907594031609	2018-05-01	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
1415	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 tabl.	5909991201173	2018-07-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,14	24,36	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,31
1416	Fenofibratum	Grofibrat S, tabletki powlekane, 215 mg	60 szt.	5907594031708	2018-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	36,72	46,78	46,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,03
1417	Fenofibratum	Grofibrat S, tabletki powlekane, 215 mg	90 szt.	5907594031807	2018-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	55,08	68,05	68,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,42
1418	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990687947	2016-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	20,22	25,58	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,81
1419	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	5909990492817	2016-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	26,99	33,65	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,60
1420	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990903917	2016-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	20,22	25,58	18,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,81
1421	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990431342	2016-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	26,99	33,65	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,60
1422	Fenoterolum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	5909990376414	2016-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	20,30	25,29	16,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,17
1423	Fenoterolum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	5909990101917	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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	18,36	22,01	9,67	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	15,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1424	Fenoterolum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	5909990917815	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	2 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	24,84	30,55	19,33	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	30%	17,02
1425	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	5909990765713	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	118,26	138,85	138,29	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,76
1426	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	5909990053605	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	21,60	27,15	16,59	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	13,76
1427	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	5909990765416	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	32,89	41,66	34,57	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	10,29
1428	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	5909990765515	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	68,69	82,80	69,15	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	16,85
1429	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	5909990765614	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	91,82	109,54	103,72	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	9,02
1430	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 tabl.	5909990643011	2018-09-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	529,18	582,03	582,03	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1431	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 tabl.	5909990643035	2016-01-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	529,18	582,03	582,03	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1432	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 tabl.	5909990643059	2016-01-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	529,18	582,03	582,03	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1433	Fentanylum	Fenta MX 100, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	5909990054695	2018-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	108,00	128,08	128,08	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1434	Fentanylum	Fenta MX 25, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	5909990054589	2018-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	27,00	35,48	34,57	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,11
1435	Fentanylum	Fenta MX 50, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	5909990054626	2018-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	54,00	67,38	67,38	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1436	Fentanylum	Fenta MX 75, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	5909990054664	2018-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	81,00	98,18	98,18	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1437	Fentanylum	Fentanyl Actavis 100 µg/h system transdermalny; Fentanyl Actavis, system transdermalny, 100 µg/h	10 szt.	5909991204853	2018-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	217,87	247,43	247,43	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,40
1438	Fentanylum	Fentanyl Actavis 100 µg/h system transdermalny; Fentanyl Actavis, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	5909990000098	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	108,28	128,37	128,37	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1439	Fentanylum	Fentanyl Actavis 25 µg/h system transdermalny; Fentanyl Actavis, system transdermalny, 25 µg/h	10 szt.	5909991204822	2018-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	56,14	69,63	69,15	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,68
1440	Fentanylum	Fentanyl Actavis 25 µg/h system transdermalny; Fentanyl Actavis, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	5909990000036	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	29,02	37,60	34,57	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,23
1441	Fentanylum	Fentanyl Actavis 50 µg/h system transdermalny; Fentanyl Actavis, system transdermalny, 50 µg/h	10 szt.	5909991204839	2018-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	109,78	129,95	129,95	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1442	Fentanylum	Fentanyl Actavis 50 µg/h system transdermalny; Fentanyl Actavis, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	5909990000050	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	54,63	68,04	68,04	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1443	Fentanylum	Fentanyl Actavis 75 µg/h system transdermalny; Fentanyl Actavis, system transdermalny, 75 µg/h	10 szt.	5909991204846	2018-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	163,26	188,56	188,56	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,80
1444	Fentanylum	Fentanyl Actavis 75 µg/h system transdermalny; Fentanyl Actavis, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	5909990000081	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	80,88	98,05	98,05	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1445	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 2,9 ml (20 daw.)	5909990699735	2016-01-01	3 lata	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	383,40	424,68	424,68	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1446	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5 ml (40 daw.)	5909990699889	2016-01-01	3 lata	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	777,60	848,19	848,19	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1447	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 1,8 ml (10 daw.)	5909990699643	2016-01-01	3 lata	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	185,71	212,30	212,30	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1448	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	5909990043330	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	117,72	138,29	138,29	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1449	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	5909990043163	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	16,31	21,60	16,59	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	8,21
1450	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	5909990043279	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	32,63	41,39	34,57	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	10,02
1451	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	5909990043385	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	59,13	72,77	69,15	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,82
1452	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	5909990043224	2016-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	88,70	106,27	103,72	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,75
1453	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	5909990955503	2016-11-01	3 lata	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	146,38	169,87	169,87	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1454	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	5909990955527	2018-11-01	3 lata	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	584,93	642,06	642,06	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1455	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	5909990955541	2016-11-01	3 lata	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	146,38	169,87	169,87	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1456	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	5909990955558	2018-11-01	3 lata	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	584,93	642,06	642,06	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1457	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 tabl.	5909991074647	2018-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	567,00	622,73	622,73	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1458	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 tabl.	5909991074685	2018-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	567,00	622,73	622,73	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1459	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 tabl.	5909991074739	2018-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	567,00	622,73	622,73	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1460	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 tabl.	5909991074777	2018-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	567,00	622,73	622,73	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1461	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 tabl.	5909991074593	2018-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	567,00	622,73	622,73	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1462	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 tabl.	5909991074821	2018-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	567,00	622,73	622,73	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 krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1463	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	5055565713846	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	57,24	69,21	49,73	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	22,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1464	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	5055565713860	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	219,13	248,35	248,35	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
1465	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	5055565726068	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	310,20	346,27	346,27	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
1466	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	5055565713853	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	96,12	112,80	79,58	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	36,42
1467	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	5055565713877	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	357,75	397,35	397,35	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
1468	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	5055565726075	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	501,18	551,64	551,64	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
1469	Filgrastimum	Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	5909991102500	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	51,84	63,54	49,73	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	17,01
1470	Filgrastimum	Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	5909991102531	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	245,16	275,68	248,68	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	30,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1471	Filgrastimum	Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	5909991102548	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	80,57	96,47	79,58	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	20,09
1472	Filgrastimum	Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	5909991102555	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	402,84	444,70	397,89	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	50,01
1473	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 12 mln j./0,2 ml	5 amp.-strz.po 0,2 ml	5909990904747	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	115,77	134,67	99,47	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	38,40
1474	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990904778	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	256,50	287,59	248,68	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	42,11
1475	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990904808	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	410,40	452,64	397,89	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	57,95
1476	Filgrastimum	Tevagrastim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j.m./0,5 ml	1 amp.-strz. z osł. zabezp. igłę	5909990739387	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	70,20	82,82	49,73	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	36,29
1477	Filgrastimum	Tevagrastim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j.m./0,5 ml	5 amp.-strz. z osł. zabezp. igłę	5909990739394	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	210,60	239,39	239,39	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1478	Filgrastimum	Tevagrastim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j.m./0,8 ml	1 amp.-strz. z osł. zabezp. igłę	5909990739448	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	103,02	120,04	79,58	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	43,66
1479	Filgrastimum	Tevagrastim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j.m./0,8 ml	5 amp.-strz. z osł. zabezp. igłę	5909990739455	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	344,09	383,01	383,01	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
1480	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990687787	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	219,45	248,68	248,68	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
1481	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990687763	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	81,32	94,49	49,73	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	47,96
1482	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990687848	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	351,17	390,45	390,45	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
1483	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990687800	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	115,52	133,16	79,58	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	56,78
1484	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909990711949	2016-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,14	29,24	29,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1485	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909990711987	2016-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	66,42	81,22	81,22	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1486	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990055470	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	23,00	30,14	29,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,10
1487	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909990906154	2016-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	69,01	83,94	83,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1488	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	100 szt.	5909990067787	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	87,48	104,10	97,47	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	17,30
1489	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	30 tabl.	5909990067770	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	23,98	31,16	29,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,12
1490	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990048670	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	23,38	30,54	29,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,50
1491	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909990938797	2018-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	70,09	85,07	85,07	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1492	Finasteridum	FinaGen, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990692781	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,44	26,16	26,16	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1493	Finasteridum	Finahit, tabletki powlekane, 5 mg	28 szt.	5909990855605	2018-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	14,12	20,58	20,58	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1494	Finasteridum	Finahit, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909990855636	2016-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	15,12	21,87	21,87	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1495	Finasteridum	Finahit, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909990855681	2016-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	45,36	59,11	59,11	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1496	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909991222673	2018-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,36	25,27	25,27	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1497	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909991282288	2016-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,44	26,40	26,40	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1498	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909990713127	2016-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,68	29,80	29,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,76
1499	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909990713141	2016-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	68,04	82,92	82,92	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1500	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990082391	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,60	28,67	28,67	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1501	Finasteridum	Finaride, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991069315	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,06	28,10	28,10	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1502	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	5909991207311	2016-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	89,00	106,60	106,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80
1503	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991151218	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	23,98	31,16	29,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,12
1504	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909990811045	2016-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	70,09	85,07	85,07	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1505	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg	120 tabl.	5909991284053	2017-09-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	71,28	87,99	87,99	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1506	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990055098	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,98	26,97	26,97	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1507	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	5909991289430	2017-09-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	51,84	65,91	65,91	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1508	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909991096571	2018-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	14,58	21,30	21,30	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1509	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909991096601	2018-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	43,74	57,41	57,41	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1510	Finasteridum	Finiprost, tabletki powlekane, 5 mg	30 szt.	5909991317720	2018-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,39	24,25	24,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1511	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990017973	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,38	28,44	28,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1512	Finasteridum	Finxta, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990050895	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	23,89	30,83	27,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,74
1513	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909997205762	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,36	25,27	25,27	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1514	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990017997	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	23,11	30,26	29,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,22
1515	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990077267	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,25	29,35	29,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1516	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	5909990077274	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	72,36	87,46	87,46	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1517	Finasteridum	Proscar, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990362110	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,68	29,56	27,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,47
1518	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990074105	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,52	27,54	27,54	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1519	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	5909991107871	2018-01-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	57,51	71,87	71,87	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1520	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909991088842	2016-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,44	26,40	26,40	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1521	Finasteridum	Zasterid, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991053710	2016-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,52	27,30	27,29	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,21
1522	Fluconazolum	Candifluc, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	5909991257804	2018-07-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,36	29,72	29,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,86
1523	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990662388	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	78,62	93,81	78,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	54,43
1524	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	5909990662371	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,66	25,52	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,68
1525	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	5909990490615	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	4,21	5,87	4,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1526	Fluconazolum	Flucofast, kapsułki twarde, 200 mg	7 kaps.	5909991283247	2017-07-01	5 lat	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	41,58	39,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,89
1527	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990490523	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,66	25,52	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,68
1528	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	5909990490516	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,81	13,33	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,41
1529	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	5909991097219	2016-01-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	24,28	31,73	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,14
1530	Fluconazolum	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	5909990912988	2016-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	63,94	78,39	78,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,20
1531	Fluconazolum	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	5909990912896	2016-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,98	21,66	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,82
1532	Fluconazolum	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	5909990913466	2016-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	31,97	41,13	39,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,44
1533	Fluconazolum	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	5909990912360	2016-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,98	21,66	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,82
1534	Fluconazolum	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	5909990912346	2016-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,99	11,42	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,50
1535	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	5909991262679	2017-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	62,21	76,57	76,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	38,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1536	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	5909991262617	2017-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,55	21,21	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,37
1537	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	5909991262488	2017-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,55	21,21	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,37
1538	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	5909991262457	2017-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,78	11,19	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,27
1539	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	5909991273798	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
1540	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 tabl.	5909990780181	2018-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	67,44	82,05	78,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	42,67
1541	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 tabl.	5909990859719	2018-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	16,96	22,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,85
1542	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 tabl.	5909990017874	2018-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,60	5,23	4,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,12
1543	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 tabl.	5909990017881	2018-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	15,01	12,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,68
1544	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	5909991022556	2018-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	66,10	80,66	78,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	41,28
1545	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	5909991022549	2018-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	33,06	42,27	39,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1546	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	5909990859511	2018-05-01	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
1547	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 tabl.	5909990859610	2018-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	16,87	22,59	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,75
1548	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 tabl.	5909990859672	2018-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,43	11,88	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,96
1549	Fluconazolum	Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	5909990869756	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	64,86	79,35	78,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,97
1550	Fluconazolum	Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	5909990869732	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	17,28	23,02	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,18
1551	Fluconazolum	Flukonazol Actavis/Flumycon, kapsułki twarde, 150 mg	1 kaps.	5909990869763	2017-03-01	5 lat	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,46	5,08	4,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,97
1552	Fluconazolum	Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	5909990869770	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	43,26	39,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,57
1553	Fluconazolum	Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	5909990869695	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	23,59	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,75
1554	Fluconazolum	Flukonazol Actavis/Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	5909990869688	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,10	11,54	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,62
1555	Fluconazolum	Flumycon, syrop, 5 mg/ml	150 ml w butelce	5909990841707	2016-05-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	24,30	31,76	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1556	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990980611	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	69,12	83,83	78,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	44,45
1557	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	5909990642533	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	20,76	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,92
1558	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	5909991118914	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	41,58	39,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,89
1559	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	5909990980512	2016-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,07	10,45	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,53
1560	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	5909990170319	2016-01-01	3 lata	80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon	10,58	14,83	14,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1561	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991065515	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,10	19,26	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,14
1562	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	5909990372317	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,70	19,88	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,76
1563	Fluoxetinum	Deprexetin, kaps., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990747610	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,50	17,57	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,45
1564	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	5909990776955	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	11,66	15,44	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,93
1565	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990770311	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,12	19,27	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,15
1566	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990742509	2016-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	10,37	14,28	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,16
1567	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990374328	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	40,65	47,39	21,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	32,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1568	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990374311	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,63	16,24	6,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	11,68
1569	Fluoxetinum	Seronil, kaps. twarde, 20 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990374427	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	56,56	66,71	43,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	36,31
1570	Fluoxetinum	Seronil, kaps. twarde, 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990374410	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	19,49	23,85	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,73
1571	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 0.5 mg	50 tabl.	5909991074258	2018-05-01	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
1572	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 3 mg	50 tabl.	5909991074296	2018-05-01	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
1573	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	5909990127214	2016-01-01	3 lata	179.2, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania pozajelitowego	10,26	14,42	14,42	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1574	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	30 szt. (1 but.po 30 szt.)	5909990941612	2016-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	17,28	23,04	20,06	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,98
1575	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	90 szt. (1 but.po 90 szt.)	5909990941629	2016-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	51,95	64,15	60,18	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,97
1576	Flutamidum	Flutamid Egis, tabl., 250 mg	100 szt. (5 blist.po 20 szt.)	5909990139217	2016-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	54,00	66,87	66,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1577	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	5909991274931	2016-11-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	76,23	92,50	92,07	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1578	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	5909991274955	2016-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	90,72	108,64	108,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1579	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	5909991034870	2017-07-01	5 lat	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	63,72	77,53	71,86	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,87
1580	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	5909991034887	2017-07-01	5 lat	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	76,24	92,51	92,07	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,64
1581	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	5909991034894	2017-07-01	5 lat	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	94,07	112,15	110,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,45
1582	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	5906720534670	2017-07-01	5 lat	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	76,23	92,50	92,07	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,63
1583	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	5906720534687	2017-07-01	5 lat	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	93,96	112,04	110,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,34
1584	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	5909991034900	2018-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	58,32	71,86	71,86	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1585	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	5909991034924	2018-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	75,82	92,07	92,07	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1586	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	5909991034931	2018-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	92,88	110,90	110,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1587	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	5909990907014	2016-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	101,65	119,19	92,07	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,32
1588	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	5909990907113	2016-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	155,15	176,29	110,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	68,59
1589	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	5909990906918	2016-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	78,00	92,52	71,86	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,86
1590	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	5909990832422	2016-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	83,58	98,38	71,86	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	29,72
1591	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	5909990832521	2016-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	107,84	125,69	92,07	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,82
1592	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	5909990832620	2016-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	142,89	163,41	110,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	55,71
1593	Fluticasonum	Cutivate, maść, 0.05 mg/g	15 g	5909990365111	2016-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	8,64	10,69	5,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,04
1594	Fluticasonum	Cutivate, krem, 0.5 mg/g	15 g	5909990365012	2016-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	8,64	10,69	5,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,04
1595	Fluticasonum	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	5908289660371	2018-05-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	23,87	30,27	24,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,84
1596	Fluticasonum	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 szt. (1 but.po 120 daw.)	5909990570720	2016-01-01	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
1597	Fluticasonum	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	poj. 10 ml (120 dawek)	5909990933839	2016-05-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	12,58	16,49	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1598	Fluticasonum	Flixonase Nasule, krople do nosa, zawiesina, 400 µg	28 poj. (4 sasz.po 7 poj.)	5909990933822	2016-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	32,40	38,99	23,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,39
1599	Fluticasonum	Flixotide, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/2 ml	10 poj. (2 sasz.po 5 poj.)	5909990956517	2016-01-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	29,94	37,51	28,44	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,27
1600	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	5909990851423	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	58,32	67,85	30,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	40,50
1601	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	5909990851416	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,16	34,86	15,27	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,79
1602	Fluticasonum	Flixotide, zawiesina do nebulizacji, 2 mg/2 ml	10 poj. (2 sasz.po 5 poj.)	5909990956616	2016-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	72,71	87,74	80,33	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,61
1603	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	5909990851522	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	112,78	128,40	61,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	72,64
1604	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	5909990851515	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	56,64	66,07	30,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	38,72
1605	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg	120 daw.	5909990851317	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	27,00	32,04	12,22	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,02
1606	Fluticasonum	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	5909990484621	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,70	34,88	12,22	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,86
1607	Fluticasonum	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	5909990484720	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	59,40	68,98	30,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	41,63
1608	Fluticasonum	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	5909990484522	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,90	21,99	6,11	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,08
1609	Fluticasonum	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	5909990484829	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	102,60	117,71	61,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	61,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1610	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 kaps.	5909990938001	2018-03-01	5 lat	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	61,07	74,10	61,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,34
1611	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	5909990785858	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	33,26	41,53	30,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,18
1612	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 kaps.	5909990938025	2018-03-01	5 lat	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	122,15	142,24	122,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,73
1613	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	5909990785889	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	61,41	74,46	61,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,70
1614	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	5909990347827	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	34,67	39,79	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	30,67
1615	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	5909990347728	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	34,67	39,79	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	30,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1616	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 150 j.m.	1 wstrzykiwacz	7640165220177	2017-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	157,14	180,79	161,51	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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	22,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1617	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml	1 wstrzykiwacz po 0,25 ml	5997001308486	2018-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	157,14	180,79	161,51	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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	22,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1618	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 225 j.m.	1 wstrzykiwacz	7640165220184	2017-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	235,71	265,46	242,25	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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	26,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1619	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml	1 wstrzykiwacz po 0,375 ml	5997001308493	2018-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	235,71	265,46	242,25	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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	26,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1620	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j.m.	1 wstrzykiwacz	7640165220191	2017-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	314,28	349,78	323,00	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1621	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wstrzykiwacz po 0,5 ml	5997001308509	2018-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	314,28	349,78	323,00	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1622	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	5909990007257	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	366,10	404,21	323,00	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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	84,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1623	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 75 j.m. (IU) (5,5 µg)	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp.	5909990697304	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	91,52	107,88	80,74	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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	30,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1624	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	5909990007240	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1098,28	1187,55	969,01	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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	221,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1625	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wkład + 10 igieł iniekcyjnych	5909991088125	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	314,28	349,78	323,00	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1626	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 900 j.m./1,5 ml	1 wkład + 20 igieł iniekcyjnych	5909991088149	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	942,84	1024,34	969,01	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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	58,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1627	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m.	1 wkł.	5909990339754	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	314,28	349,78	323,00	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli		ryczałt	29,98
1628	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 wkł.	5909990339761	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	628,56	687,06	646,02	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli		ryczałt	44,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1629	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	7613421020934	2018-11-01	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
1630	Formoterolum	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 szt. (1 poj.po 120 daw.)	5909990620777	2016-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	101,52	120,15	114,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,08
1631	Formoterolum	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990792924	2016-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	57,24	69,65	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,61
1632	Formoterolum	Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	5909991086602	2016-07-01	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
1633	Formoterolum	Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	5909991109523	2016-05-01	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
1634	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	5909990614400	2016-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	47,74	59,68	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,64
1635	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt (2 but.po 60 szt.)	5909991218287	2016-03-01	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
1636	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt (3 but.po 60 szt.)	5909991218294	2016-03-01	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
1637	Formoterolum	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	5909990337446	2018-07-01	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
1638	Formoterolum	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4.5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	5909990445219	2016-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	32,83	40,75	28,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,33
1639	Formoterolum	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	5909990445318	2016-01-01	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
1640	Formoterolum	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	5909990996681	2016-07-01	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1641	Formoterolum	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps.	5909990849000	2016-05-01	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
1642	Formoterolum	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	5909990937981	2016-11-01	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
1643	Formoterolum	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps. (6 blist.po 10 kaps.)	5909990975914	2016-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	48,55	60,53	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,49
1644	Furaginum/Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	5909990357215	2016-01-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,62	5,32	5,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,66
1645	Furaginum/Furazidinum	Furaginum Teva, tabletki, 100 mg	30 tabl.	5909991373238	2018-11-01	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
1646	Furaginum/Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	5909990988235	2016-01-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,62	5,32	5,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,66
1647	Furaginum/Furazidinum	Furazek, tabletki, 100 mg	30 tabl.	5909991304102	2017-05-01	5 lat	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	7,24	10,38	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,19
1648	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990223794	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	2,46	3,61	3,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,21
1649	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	5909990135028	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	2,45	3,60	3,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1650	Gabapentinum	Gabacol, kaps. twarde, 100 mg	100 kaps.	5909991320966	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	11,66	16,47	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1651	Gabapentinum	Gabacol, kaps. twarde, 100 mg	50 kaps.	5909991320911	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	5,40	8,21	8,21	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	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1652	Gabapentinum	Gabacol, kaps. twarde, 300 mg	100 kaps.	5909991321109	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	29,16	39,21	39,21	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1653	Gabapentinum	Gabacol, kaps. twarde, 300 mg	50 kaps.	5909991321048	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	18,25	24,73	24,73	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1654	Gabapentinum	Gabacol, kaps. twarde, 400 mg	100 kaps.	5909991321369	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	51,07	63,58	63,58	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1655	Gabapentinum	Gabacol, kaps. twarde, 400 mg	50 kaps.	5909991321307	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	25,16	33,02	33,02	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1656	Gabapentinum	Gabagamma 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990714322	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	12,96	17,84	16,51	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,53
1657	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990339495	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	17,82	22,94	16,51	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	9,63
1658	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990339709	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	38,99	49,53	49,53	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	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1659	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990339600	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	53,35	65,98	65,98	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1660	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990338542	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	82,08	98,77	98,77	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,56
1661	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990338658	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	112,86	132,46	132,08	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	5,12
1662	Gabapentinum	Neuran 100, kaps. twarde, 100 mg	1 but.po 100 szt.	5909990651535	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	17,82	22,94	16,51	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	9,63
1663	Gabapentinum	Neuran 300, kaps. twarde, 300 mg	1 but.po 100 szt.	5909990651566	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	38,34	48,85	48,85	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1664	Gabapentinum	Neuran 400, kaps. twarde, 400 mg	1 but.po 100 szt.	5909990651603	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	51,08	63,59	63,59	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1665	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990769216	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	18,00	23,13	16,51	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	9,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1666	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990769315	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	53,46	64,72	49,53	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	18,39
1667	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990769414	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	69,98	83,44	66,04	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	20,60
1668	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909991017422	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	102,60	120,32	99,06	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	24,82
1669	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909991017521	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	125,28	145,50	132,08	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	18,16
1670	Gabapentinum	Symleptic, kaps. twarde, 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990685554	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	12,85	17,72	16,51	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,41
1671	Gabapentinum	Symleptic, kaps. twarde, 300 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990685561	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	38,34	48,85	48,85	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1672	Ganirelixum	Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 amp.-strz.	5909990880911	2018-07-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	105,84	125,19	125,19	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	62,60
1673	Gentamicinum	Gentamicin KRKA, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40 mg/ml	10 amp.po 1 ml	5909990095711	2016-01-01	3 lata	103.2, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania pozajelitowego - gentamycyna	7,02	10,08	9,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1674	Gentamicinum	Gentamicin KRKA, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40 mg/ml	10 amp.po 2 ml	5909990095728	2016-01-01	3 lata	103.2, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania pozajelitowego - gentamycyna	14,04	19,19	19,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,60
1675	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990092413	2016-01-01	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
1676	Gliclazidum	Clazicon, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	5909991267155	2017-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,72	12,58	8,23	Cukrzyca		ryczałt	7,55
1677	Gliclazidum	Clazicon, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	5909991267162	2017-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,72	12,58	8,23	Cukrzyca		ryczałt	7,55
1678	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt. (2 blist.po 20 szt.)	5909990359912	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,18	11,30	5,49	Cukrzyca		ryczałt	9,01
1679	Gliclazidum	Diagen, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	5909990795093	2016-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	14,15	17,23	8,23	Cukrzyca		ryczałt	12,20
1680	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt. (2 blist.po 30 szt.)	5909990443017	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	21,55	25,00	8,23	Cukrzyca		ryczałt	19,97
1681	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	5909990774746	2016-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	21,38	24,82	8,23	Cukrzyca		ryczałt	19,79
1682	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	5909990911127	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	13,82	16,89	8,23	Cukrzyca		ryczałt	11,86
1683	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	120 tabl.	5909991200237	2018-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	25,81	31,09	16,46	Cukrzyca		ryczałt	21,03
1684	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	5909990647224	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	14,42	17,51	8,23	Cukrzyca		ryczałt	12,48
1685	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	5909990647231	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	21,60	25,99	12,35	Cukrzyca		ryczałt	18,44
1686	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	5909991056100	2018-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	14,04	17,11	8,23	Cukrzyca		ryczałt	12,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1687	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	5909991056131	2018-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	28,08	33,47	16,46	Cukrzyca		ryczałt	23,41
1688	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 tabl.	5909991267230	2017-05-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	19,39	23,67	12,35	Cukrzyca		ryczałt	16,12
1689	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 tabl.	5909991004002	2018-01-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,57	12,42	8,23	Cukrzyca		ryczałt	7,39
1690	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	90 tabl.	5909991004026	2018-01-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,82	22,02	12,35	Cukrzyca		ryczałt	14,47
1691	Gliclazidum	Gliclazide Zentiva, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	5909991205867	2018-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,67	12,52	8,23	Cukrzyca		ryczałt	7,49
1692	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	5909991256548	2018-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,18	12,01	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,98
1693	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	5909991263171	2018-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	18,36	23,27	16,46	Cukrzyca		ryczałt	13,21
1694	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	5909991226299	2017-09-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,92	15,93	8,23	Cukrzyca		ryczałt	10,90
1695	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	5909991226305	2017-09-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	25,84	31,12	16,46	Cukrzyca		ryczałt	21,06
1696	Gliclazidum	Symazide MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 tabl.	5909990828340	2018-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	14,04	17,11	8,23	Cukrzyca		ryczałt	12,08
1697	Gliclazidum	Symazide MR 60, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	5909991257392	2018-05-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,57	12,42	8,23	Cukrzyca		ryczałt	7,39
1698	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	5909990744817	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	4,61	6,09	4,12	Cukrzyca		ryczałt	5,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1699	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	5909990744916	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,78	10,53	8,23	Cukrzyca		ryczałt	5,50
1700	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	5909990745012	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,96	16,92	12,35	Cukrzyca		ryczałt	9,37
1701	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990745111	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,88	16,46	16,46	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1702	Glimepiridum	Avaron, tabl., 1 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991090715	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,19	4,60	4,12	Cukrzyca		ryczałt	3,68
1703	Glimepiridum	Avaron, tabl., 2 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991090814	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	6,75	9,45	8,23	Cukrzyca		ryczałt	4,42
1704	Glimepiridum	Avaron, tabl., 3 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991090913	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,99	13,80	12,35	Cukrzyca		ryczałt	6,25
1705	Glimepiridum	Avaron, tabl., 4 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991091019	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	13,93	18,62	16,46	Cukrzyca		ryczałt	8,56
1706	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990566082	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	4,10	5,56	4,12	Cukrzyca		ryczałt	4,64
1707	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990566105	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	6,70	9,41	8,23	Cukrzyca		ryczałt	4,38
1708	Glimepiridum	Diaril, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990566129	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,61	13,40	12,35	Cukrzyca		ryczałt	5,85
1709	Glimepiridum	Diaril, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990566143	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,83	16,41	16,41	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1710	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991097615	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,89	5,33	4,12	Cukrzyca		ryczałt	4,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1711	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991097516	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,86	10,62	8,23	Cukrzyca		ryczałt	5,59
1712	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991097417	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,56	15,45	12,35	Cukrzyca		ryczałt	7,90
1713	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991097318	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	13,82	18,51	16,46	Cukrzyca		ryczałt	8,45
1714	Glimepiridum	Glidiamid, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990430543	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	6,64	9,34	8,23	Cukrzyca		ryczałt	4,31
1715	Glimepiridum	Glidiamid, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990430567	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	13,35	18,01	16,46	Cukrzyca		ryczałt	7,95
1716	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990337453	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,24	4,65	4,12	Cukrzyca		ryczałt	3,73
1717	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990337521	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	6,48	9,17	8,23	Cukrzyca		ryczałt	4,14
1718	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338078	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,72	13,52	12,35	Cukrzyca		ryczałt	5,97
1719	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338146	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,96	17,60	16,46	Cukrzyca		ryczałt	7,54
1720	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338207	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	20,52	26,79	24,69	Cukrzyca		ryczałt	11,70
1721	Glimepiridum	Glimepiride Accord, tabl., 1 mg	30 szt.	5909990718566	2016-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,48	3,85	3,85	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1722	Glimepiridum	Glimepiride Accord, tabl., 2 mg	30 szt.	5909990719501	2016-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	4,97	7,59	7,59	Cukrzyca		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1723	Glimepiridum	Glimepiride Accord, tabl., 3 mg	30 szt.	5909990719570	2016-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,18	10,85	10,85	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1724	Glimepiridum	Glimepiride Accord, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990719648	2016-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,64	13,06	13,06	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1725	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 1 mg	30 szt.	5909991075378	2016-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,72	4,11	4,11	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1726	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 2 mg	30 szt.	5909991075590	2016-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,44	8,08	8,08	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1727	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 3 mg	30 szt.	5909991075798	2016-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,10	11,82	11,82	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1728	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 4 mg	30 szt.	5909991075996	2016-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,80	15,33	15,33	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1729	Glimepiridum	Glimorion, tabl., 1 mg	30 szt.	5909991325282	2017-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,43	3,80	3,80	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1730	Glimepiridum	Glimorion, tabl., 2 mg	30 szt.	5909991325305	2017-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	4,59	7,19	7,19	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1731	Glimepiridum	Glimorion, tabl., 3 mg	30 szt.	5909991325312	2017-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	6,91	10,57	10,57	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1732	Glimepiridum	Glimorion, tabl., 4 mg	30 szt.	5909991325329	2017-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,64	13,06	13,06	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1733	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990085903	2016-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,12	4,53	4,12	Cukrzyca		ryczałt	3,61
1734	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990085927	2016-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,69	8,34	8,23	Cukrzyca		ryczałt	3,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1735	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990085934	2016-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,61	12,35	12,35	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1736	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990085941	2016-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,56	16,13	16,13	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1737	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570348	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,02	4,43	4,12	Cukrzyca		ryczałt	3,51
1738	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570355	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,70	8,36	8,23	Cukrzyca		ryczałt	3,33
1739	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570362	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,68	11,37	11,37	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1740	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573196	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,80	15,33	15,33	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1741	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570379	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,82	23,95	23,95	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1742	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990791712	2016-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,35	6,87	4,12	Cukrzyca		ryczałt	5,95
1743	Glucagonum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	5909990693313	2016-01-01	3 lata	85.0, Hormony trzustki - glukagon	51,82	64,35	64,35	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1744	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0.4 mg/dawkę	11 g (200 daw.)	5909990156825	2016-01-01	3 lata	33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu	12,80	17,63	17,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
1745	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0.4 mg/dawkę	11 g (200 daw.)	5909991223649	2016-01-01	3 lata	33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu	12,80	17,63	17,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1746	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6.5 mg	30 tabl. (3 blist.po 10 szt.)	5909990183036	2016-01-01	3 lata	33.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - do podawania doustnego	3,24	4,76	4,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,16
1747	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30x1 kapsułka (dawka pojedyncza) + 1 inhalator	5909991000882	2018-09-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	106,38	124,68	102,56	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	52,89
1748	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10.8 mg	1 szt.	5909991256210	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	491,11	540,46	540,46	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
1749	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 szt.	5909991256197	<1>2018-07-01/<2>2016-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	156,00	180,40	180,40	<2>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
1750	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 szt.	5909991256197	<1>2018-07-01/<2>2016-07-01	3 lata	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	156,00	180,40	180,40	<1>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20
1751	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	5909991335564	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	155,95	180,35	180,35	<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
1752	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 amp.-strzyk.	5909991335595	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	467,86	516,04	516,04	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
1753	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3.6 mg	1 amp.-strz.	5909990082315	<1>2018-07-01/<2>2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	232,20	260,41	180,40	<2>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	83,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1754	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3.6 mg	1 amp.-strz.	5909990082315	<1>2018-07-01/<2>2016-01-01	3 lata	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	232,20	260,41	180,40	<1>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		ryczałt	83,21
1755	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10.8 mg	1 amp.-strz.	5909990783212	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	773,63	837,10	541,20	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	304,86
1756	Haloperidolum	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	5909990077311	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	27,43	35,62	35,62	x	choroba Huntingtona	30%	10,69
1757	Haloperidolum	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	5909990077311	2018-07-01	3 lata	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	27,43	35,62	35,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1758	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	10 ml	5909990239412	2016-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	2,28	3,34	3,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,00
1759	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	10 ml	5909990239412	2016-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	2,28	3,34	3,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1760	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	5909990104017	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - 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
1761	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	5909990104017	2016-01-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,16	5,52	3,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,67
1762	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 tabl. (2 blist.po 15 szt.)	5909990722617	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1763	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 tabl. (2 blist.po 15 szt.)	5909990722617	2016-01-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	14,42	14,42	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1764	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	5909990969319	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	4,32	5,49	3,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	3,15
1765	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	5909990969319	2016-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	4,32	5,49	3,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,15
1766	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	5909990950317	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	3,02	4,45	4,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	powikłania skórne u chorych na nowotwory - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	2,23
1767	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	5909991218140	2017-11-01	2 lata	82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon	13,50	18,52	18,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,56
1768	Hydrocortisonum	Laticort 0,1%, płyn na skórę, 1 mg/ml	20 ml	5909990229215	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	4,62	6,54	5,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	powikłania skórne u chorych na nowotwory - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	3,58
1769	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.po 250 ml)	5909990836758	2016-03-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	64,58	79,09	79,09	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1770	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	5909990944927	2016-01-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	86,12	101,71	79,09	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	22,62
1771	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	5909990853540	2016-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	4,45	6,17	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1772	Ibuprofenum	Ibuprofen Polfarmex, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990830732	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	4,37	6,09	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,16
1773	Ibuprofenum	Ibuprofen-Pabi, tabl. drażowane, 200 mg	60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	5909990132928	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,18	6,94	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,01
1774	Ikatybant	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	5909990740635	2018-07-01	2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	6780,65	7237,18	7237,18	Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1775	Imidaprilum	Tanatril, tabl., 10 mg	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	5909991069919	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,04	20,48	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,43
1776	Imidaprilum	Tanatril, tabl., 20 mg	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	5909991070014	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,21	35,59	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	31,06
1777	Imidaprilum	Tanatril, tabl., 5 mg	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	5909991069810	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	13,24	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,24
1778	Indacaterolum	Onbrez Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 150 µg	30 szt. + inhalator	5909990738397	2018-05-01	1 rok 6 miesięcy	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	93,67	107,89	57,24	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	67,82
1779	Indacaterolum	Onbrez Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 300 µg	30 szt. + inhalator	5909990738472	2018-05-01	1 rok 6 miesięcy	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	97,98	116,43	114,47	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	36,30
1780	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	5909991080921	2017-03-01	2 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	178,20	204,18	199,76	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	64,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1781	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990975815	2016-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,46	8,87	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,70
1782	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909991276621	2017-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	10,09	14,21	14,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,26
1783	Indapamidum	Indapamide KRKA, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	5909990957125	2018-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,04	7,38	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,21
1784	Indapamidum	Indapamide SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	5909990644933	2016-09-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,86	7,19	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,16
1785	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 tabl.	5909990799398	2018-03-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,81	7,14	7,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,14
1786	Indapamidum	Indapamide SR Mercapharm / Indasis SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	5909991271671	2016-09-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,54	6,86	6,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,06
1787	Indapamidum	Indapamidum 123ratio, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990586806	2016-05-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,87	7,20	7,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,16
1788	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2.5 mg	20 szt.	5909990863013	2016-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,48	9,06	8,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,32
1789	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 tabl. (3 blist.po 10 szt.)	5909990665907	2016-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,05	8,44	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,27
1790	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	5909990223121	2016-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,48	9,95	9,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
1791	Indapamidum	Indix SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 tabl.	5908289660401	2017-09-01	5 lat	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	15,12	20,56	20,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,17
1792	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	5909991025014	2018-09-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,04	7,38	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,21
1793	Indapamidum	Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990012688	2016-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,45	8,86	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,69
1794	Indapamidum	Ivipamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	5909990834730	2016-05-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,88	7,21	7,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,16
1795	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990770182	2016-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,32	8,73	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,56
1796	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990424801	2016-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,29	7,64	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1797	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990424849	2016-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	10,11	14,24	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,27
1798	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990734993	2016-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,88	7,21	7,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,16
1799	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990738212	2016-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	10,58	13,20	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,03
1800	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10 mg	30 szt.	5909991092566	2018-11-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	12,64	15,36	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,19
1801	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5 mg	30 szt.	5909991092597	2018-11-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	11,56	14,23	7,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,06
1802	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	5909991213053	2017-11-01	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
1803	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	5909990713639	2018-03-01	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
1804	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Insuman Comb 25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990915613	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	85,68	102,71	97,66	Cukrzyca		ryczałt	9,05
1805	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990238323	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	89,68	106,92	97,66	Cukrzyca		ryczałt	13,26
1806	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 40 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990347124	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	90,94	108,24	97,66	Cukrzyca		ryczałt	14,58
1807	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990348121	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	90,94	108,24	97,66	Cukrzyca		ryczałt	14,58
1808	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909991022921	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,46	97,23	97,23	Cukrzyca		ryczałt	4,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1809	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909991023027	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,46	97,23	97,23	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1810	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909991023126	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,46	97,23	97,23	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1811	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909991023324	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,46	97,23	97,23	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1812	Insulini injectio neutralis	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990237920	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	84,55	101,53	97,66	Cukrzyca		ryczałt	7,87
1813	Insulini injectio neutralis	Insuman Rapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990914715	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	85,68	102,71	97,66	Cukrzyca		ryczałt	9,05
1814	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	5909990879915	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	117,77	136,41	97,66	Cukrzyca		ryczałt	42,75
1815	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	5909990614981	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	117,77	136,41	97,66	Cukrzyca		ryczałt	42,75
1816	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	5909990451814	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	117,77	136,41	97,66	Cukrzyca		ryczałt	42,75
1817	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfil)	5909990005741	<1>2016-07-01/<2>2017-11-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	201,48	228,26	178,86	<1>Cukrzyca typu I 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 ≥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%	103,06
1818	Insulinum glargine	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	5909991201982	2017-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	320,76	357,72	357,72	Cukrzyca typu I 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 ≥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%	107,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1819	Insulinum glargine	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml (do wstrzykiwaczy OptiPen/ClickStar)	5909990895717	<1>2016-07-01/<2>2017-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	172,80	198,15	178,86	<1>Cukrzyca typu I 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%	72,95
1820	Insulinum glargine	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	5909990617555	<1>2016-07-01/<2>2017-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	172,80	198,15	178,86	<1>Cukrzyca typu I 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%	72,95
1821	Insulinum glargine	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	5909991231538	2017-01-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	481,14	530,33	530,33	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 u dorosłych o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	159,10
1822	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	5909990008483	2016-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,10	85,87	65,11	Cukrzyca		ryczałt	23,96
1823	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml OPTIPEN	5909990008575	2016-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	108,15	126,31	97,66	Cukrzyca		ryczałt	32,65
1824	Insulinum glulisinum	Apidra SoloStar, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz.po 3 ml	5909990617197	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	108,15	126,31	97,66	Cukrzyca		ryczałt	32,65
1825	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 fiol.po 10 ml	5909990853014	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	53,92	66,78	65,11	Cukrzyca		ryczałt	4,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1826	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990853113	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,87	97,66	97,66	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1827	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990853311	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,87	97,66	97,66	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1828	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990853519	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,87	97,66	97,66	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1829	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 fiol.po 10 ml	5909990852314	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	53,92	66,78	65,11	Cukrzyca		ryczałt	4,87
1830	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990852413	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,87	97,66	97,66	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1831	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 fiol.po 10 ml	5909990852017	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	53,92	66,78	65,11	Cukrzyca		ryczałt	4,87
1832	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990852116	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,87	97,66	97,66	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1833	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990246014	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	82,78	99,67	97,66	Cukrzyca		ryczałt	6,01
1834	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990246717	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	82,78	99,67	97,66	Cukrzyca		ryczałt	6,01
1835	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990247011	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	82,78	99,67	97,66	Cukrzyca		ryczałt	6,01
1836	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	5909990672448	2016-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,46	97,23	97,23	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1837	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	5909990672585	2016-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,46	97,23	97,23	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1838	Insulinum humanum	Insuman Rapid SoloStar 100 j.m./ml roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, roztwór do wstrzykiwąń we wstrzykiwaczu, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	5909990672363	2016-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,46	97,23	97,23	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1839	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909991022525	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,46	97,23	97,23	Cukrzyca		ryczałt	4,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1840	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909991022822	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	80,46	97,23	97,23	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1841	Insulinum isophanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990348923	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	85,88	102,92	97,66	Cukrzyca		ryczałt	9,26
1842	Insulinum isophanum	Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990915019	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	85,68	102,71	97,66	Cukrzyca		ryczałt	9,05
1843	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 szt.	5909991333553	2017-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	173,03	198,43	195,32	Cukrzyca		ryczałt	11,11
1844	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	5909990005536	2018-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	173,02	198,42	195,32	Cukrzyca		ryczałt	11,10
1845	Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990455010	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	115,35	133,87	97,66	Cukrzyca		ryczałt	40,21
1846	Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990455614	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	115,35	133,87	97,66	Cukrzyca		ryczałt	40,21
1847	Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990692422	2016-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	115,35	133,87	97,66	Cukrzyca		ryczałt	40,21
1848	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	5909991185879	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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	14,15	19,33	19,33	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1849	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	5909990322114	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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	11,61	14,92	9,67	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	8,45
1850	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	5909990999019	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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	14,16	19,34	19,33	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1851	Irbesartanum	Irprestan, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	5909990747085	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,31	17,49	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,95
1852	Irbesartanum	Irprestan, tabl. powl., 300 mg	28 szt.	5909990747122	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,61	33,46	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,38
1853	Irbesartanum	Irprestan, tabletki powlekane, 300 mg	28 tabl.	5909991324575	2017-09-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,25	24,68	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,60
1854	Irbesartanum	Irprestan, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990747054	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,65	8,99	6,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,72
1855	Isosorbidi mononitras	Effox long 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	5909990368624	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	11,77	11,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,00
1856	Isosorbidi mononitras	Effox long 75, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990452118	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	17,03	17,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,00
1857	Isosorbidi mononitras	Mono Mack Depot, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990669011	2016-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,21	13,65	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,39
1858	Isosorbidi mononitras	Mono Mack Depot, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990669028	2016-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,17	24,87	21,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,37
1859	Isosorbidi mononitras	Mononit 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990010516	2016-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,00	5,59	4,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1860	Isosorbidi mononitras	Mononit 100 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991011727	2016-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,42	22,21	22,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
1861	Isosorbidi mononitras	Mononit 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990010622	2016-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,33	10,28	9,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,06
1862	Isosorbidi mononitras	Mononit 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990010714	2016-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,77	9,69	9,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,47
1863	Isosorbidi mononitras	Mononit 60 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991011529	2016-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,44	15,59	14,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,27
1864	Itraconazolum	Ipozumax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	5909991183899	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - 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	63,72	78,16	78,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	39,08
1865	Itraconazolum	Ipozumax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	5909991183882	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - 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	9,87	13,76	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	8,14
1866	Itraconazolum	Itragen, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	5909990617463	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - 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	64,80	79,29	78,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	39,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1867	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	5909990858262	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - 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	64,30	78,77	78,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	39,39
1868	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	5909990858255	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - 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	9,61	13,49	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	7,87
1869	Itraconazolum	Itromyx, kapsułki twarde, 100 mg	28 szt.	5906414000801	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - 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	46,05	59,60	59,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	29,80
1870	Itraconazolum	Itromyx, kapsułki twarde, 100 mg	4 szt.	5906414000795	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - 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	9,18	13,04	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	7,42
1871	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt. (7 blist.po 4 szt.)	5909990004331	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - 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	70,20	84,96	78,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	45,58
1872	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909990004317	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - 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	10,02	13,92	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	8,30
1873	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909991053826	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - 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	69,66	84,39	78,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	45,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1874	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909991053819	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-07-01 - 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	10,80	14,74	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	9,12
1875	Ivabradini hydrochloridum	Ivabradine Accord, tabletka powlekana, 5 mg	28 szt.	5055565740507	2018-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	33,48	43,84	43,84	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 ≥ 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
1876	Ivabradini hydrochloridum	Ivabradine Accord, tabletka powlekana, 5 mg	56 szt.	5055565740514	2018-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	66,96	83,00	83,00	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 ≥ 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
1877	Ivabradini hydrochloridum	Ivabradine Accord, tabletka powlekana, 7,5 mg	28 szt.	5055565740538	2018-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	50,22	63,52	63,52	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 ≥ 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
1878	Ivabradini hydrochloridum	Ivabradine Accord, tabletka powlekana, 7,5 mg	56 szt.	5055565740545	2018-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	100,44	120,25	120,25	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 ≥ 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	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1879	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	5909991350741	2018-03-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	78,30	94,91	93,72	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 ≥ 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	4,39
1880	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 5 mg	56 szt.	5909991286613	2018-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,87	96,55	93,72	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 ≥ 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	6,03
1881	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	5909991351274	2018-05-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	104,76	124,79	124,79	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 ≥ 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
1882	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	5909991353957	2018-03-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	105,30	125,36	125,36	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 ≥ 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
1883	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 7.5 mg	56 szt.	5909991286927	2018-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	119,80	140,58	140,58	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 ≥ 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	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1884	Ivabradinum	Inevica, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	5909991337568	2018-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	66,96	83,00	83,00	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 ≥ 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
1885	Ivabradinum	Inevica, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	5909991337582	2018-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	100,44	120,25	120,25	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 ≥ 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
1886	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	5909991264710	2017-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,92	96,61	93,72	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 ≥ 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	6,09
1887	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	5909991264734	2017-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	119,88	140,66	140,58	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 ≥ 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	3,28
1888	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 5 mg	56 tabl.	5909991326470	2018-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	68,00	84,09	84,09	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 ≥ 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	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1889	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 7.5 mg	56 tabl.	5909991326494	2018-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	102,00	121,89	121,89	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 ≥ 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
1890	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	5909991322779	2018-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	66,96	83,00	83,00	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 ≥ 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
1891	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	5909991322786	2018-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	100,44	120,25	120,25	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 ≥ 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
1892	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	5909991298586	2017-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	66,96	83,00	83,00	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 ≥ 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
1893	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	5909991298654	2017-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	112,27	132,67	132,67	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 ≥ 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	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1894	Ivabradinum	Ivohart, tabletki powlekane, 5 mg	112 szt.	5909991329822	2018-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	133,81	157,19	157,19	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 ≥ 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
1895	Ivabradinum	Ivohart, tabletki powlekane, 5 mg	56 szt.	5909991329785	2018-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	66,91	82,95	82,95	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 ≥ 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
1896	Ivabradinum	Ivohart, tabletki powlekane, 7,5 mg	112 szt.	5909991329891	2018-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	200,77	229,60	229,60	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 ≥ 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
1897	Ivabradinum	Ivohart, tabletki powlekane, 7,5 mg	56 szt.	5909991329853	2018-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	100,39	120,20	120,20	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 ≥ 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
1898	Ivabradinum	Raenom, tabletki powlekane, 5 mg	56 tabl.	5909991307349	2017-05-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,92	96,61	93,72	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 ≥ 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	6,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1899	Ivabradinum	Raenom, tabletki powlekane, 7.5 mg	56 tabl.	5909991307370	2017-05-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	119,88	140,66	140,58	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 ≥ 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	3,28
1900	Kalii chloridum	Kalipoz Prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990257515	2016-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	3,75	5,52	5,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,34
1901	Kalii chloridum	Kalipoz Prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	5909990257539	2016-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	7,50	10,75	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1902	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	5909990269310	2016-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	16,74	19,66	7,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,64
1903	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	5909990210817	2016-01-01	3 lata	74.0, Leki urologiczne zmieniające pH moczu - cytryniany do sporządzania roztworu doustnego	42,80	53,93	53,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,18
1904	Ketoconazolum	Ketoconazole Hasco, tabl., 200 mg	10 szt.	5909991045418	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	109.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne imidazolu - ketokonazol	6,42	9,26	9,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Cushinga; zespół Cushinga	50%	4,63
1905	Ketoprofenum	Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990412112	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	9,50	12,73	10,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	7,61
1906	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990413317	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	13,93	18,13	13,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,30
1907	Ketoprofenum	Ketonal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	10 amp.po 2 ml	5909990659524	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	6,48	9,34	9,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	4,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1908	Ketoprofenum	Ketonal DUO, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990064694	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	16,85	21,44	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	13,75
1909	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	5909990046485	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	14,66	10,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,54
1910	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, roztwór do wstrzykiwań, 0.05 g/ml	10 amp.po 2 ml	5909990794607	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	6,05	8,89	8,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	4,45
1911	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	5909990794553	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	8,04	6,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	4,63
1912	Ketoprofenum	Profenid, czopki, 100 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	5909990098514	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	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
1913	Ketoprofenum	Profenid, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990760718	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	11,82	10,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,70
1914	Ketoprofenum	Profenid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990790418	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	9,72	12,81	9,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1915	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990675593	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	11,01	14,31	10,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,19
1916	Konestat alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.	1 fiol.	5909990796090	2017-03-01	3 lata	241.0, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - konestat alfa	3325,32	3563,73	3563,73	Przerwanie ostrego, zagrażającego życiu ataku dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną		ryczałt	3,20
1917	Koryfolitropina alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg	1 amp.-strz.	5909997077482	2018-07-01	1 rok 6 miesięcy	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1649,97	1780,10	1695,77	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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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	87,53
1918	Koryfolitropina alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 150 µg	1 amp.-strz.	5909997077499	2018-07-01	1 rok 6 miesięcy	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1649,97	1780,10	1695,77	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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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	87,53
1919	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 2 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990650521	2016-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,35	7,52	2,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,51
1920	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 4 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990650620	2016-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,70	15,03	5,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,01
1921	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 6 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990625697	2016-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	19,05	22,41	8,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1922	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	5909991134907	2018-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,29	7,45	2,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,44
1923	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	5907695215205	2016-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,50	14,82	5,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,80
1924	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	5909991134938	2018-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,53	14,86	5,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,84
1925	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	5907695215212	2016-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,95	29,24	11,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,21
1926	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	5909991134969	2018-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	18,86	22,21	8,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,19
1927	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	5907695215229	2016-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	37,49	43,40	17,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,35
1928	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabletki powlekane, 100 mg	56 tabl.	5909991358358	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego – lakozamid	75,60	91,82	89,01	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	6,01
1929	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabletki powlekane, 150 mg	56 tabl.	5909991358365	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego – lakozamid	113,40	133,52	133,52	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
1930	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabletki powlekane, 200 mg	56 tabl.	5909991358372	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego – lakozamid	151,20	175,20	175,20	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
1931	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabletki powlekane, 50 mg	14 tabl.	5909991358341	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego – lakozamid	9,45	13,41	11,13	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	5,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1932	Lakozamid	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml (but.)	5909990935505	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego – lakozamid	118,80	131,49	31,79	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	102,90
1933	Lakozamid	Vimpat, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	5909990662593	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego – lakozamid	302,40	329,96	89,01	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	244,15
1934	Lakozamid	Vimpat, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	5909990662623	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego – lakozamid	453,60	490,73	133,52	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	360,41
1935	Lakozamid	Vimpat, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	5909990662661	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego – lakozamid	604,80	651,48	178,03	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	477,43
1936	Lakozamid	Vimpat, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	5909990662555	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego – lakozamid	37,80	43,17	11,13	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	35,24
1937	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990334766	<1>2016-01-01/<2>2016-07-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	19,22	25,72	25,72	<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
1938	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990334759	<1>2016-01-01/<2>2016-07-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	9,61	13,61	13,61	<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	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1939	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990038480	2017-07-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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
1940	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990038701	2017-07-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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
1941	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990038565	2017-07-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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
1942	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990346318	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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
1943	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990346325	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	48,88	59,86	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	8,58
1944	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990354818	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	12,67	15,31	6,81	<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	11,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1945	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990346219	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	21,85	26,46	13,62	<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	16,04
1946	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt. (3 blist. po 10 szt.)	5909990787319	2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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
1947	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt. (3 blist. po 10 szt.)	5909990787210	2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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
1948	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 5 mg	30 szt. (3 blist. po 10 szt.)	5909990787111	2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	5,92	7,29	3,17	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	7,29
1949	Lamotriginum	Lamotrigine Farmax, tabletki, 100 mg	30 tabl.	5909991311773	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - 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 postacie farmaceutyczne	18,36	24,81	24,81	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
1950	Lamotriginum	Lamotrigine Farmax, tabletki, 25 mg	30 tabl.	5909991311629	2018-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	4,54	6,79	6,79	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1951	Lamotriginum	Lamotrigine Farmax, tabletki, 50 mg	30 tabl.	5909991311698	2018-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	9,07	13,03	13,03	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
1952	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991006617	<1>2016-01-01/<2>2016-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	25,92	32,75	27,24	<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	8,71
1953	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	5909990961092	2016-09-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	62,64	76,33	76,33	Padaczka oporna na leczenie; 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
1954	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991006419	<1>2016-01-01/<2>2016-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	8,59	11,04	6,81	<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	7,43
1955	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991006518	<1>2016-01-01/<2>2016-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	17,28	21,66	13,62	<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	11,24
1956	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	5909991138363	<1>2016-11-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	19,14	25,63	25,63	<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	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1957	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	5909991138349	<1>2016-11-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	4,78	7,04	6,81	<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	3,43
1958	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	5909991138356	<1>2016-11-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	9,57	13,57	13,57	<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	3,20
1959	Lamotriginum	Verpin, tabletki, 100 mg	30 tabl.	5909990940370	2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	19,12	25,61	25,61	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
1960	Lamotriginum	Verpin, tabletki, 100 mg	60 tabl. w blistrze	5909990940530	2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	37,69	48,11	48,11	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
1961	Lamotriginum	Verpin, tabletki, 25 mg	30 tabl.	5909990939640	2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	4,78	7,04	6,81	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	3,43
1962	Lamotriginum	Verpin, tabletki, 50 mg	30 tabl.	5909990939930	2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-09-01 - 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	9,56	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1963	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml z automatycznym systemem zabezpieczającym + igła	5909991094614	<1>2016-01-01/<2>2018-07-01/<3>2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	<1><2>3 lata/<3>2 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
1964	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml z automatycznym systemem zabezpieczającym + igła	5909991094614	<1>2016-01-01/<2>2018-07-01/<3>2018-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	6021,54	6430,15	6430,15	<2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	4,27
1965	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml z automatycznym systemem zabezpieczającym + igła	5909991094614	<1>2016-01-01/<2>2018-07-01/<3>2018-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	6021,54	6430,15	6430,15	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych 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
1966	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml z automatycznym systemem zabezpieczającym + igła	5909991094515	<1>2016-01-01/<2>2018-07-01/<3>2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	<1><2>3 lata/<3>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4546,80	4861,91	4822,61	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	42,50
1967	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml z automatycznym systemem zabezpieczającym + igła	5909991094515	<1>2016-01-01/<2>2018-07-01/<3>2018-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4546,80	4861,91	4822,61	<2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	42,50
1968	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml z automatycznym systemem zabezpieczającym + igła	5909991094515	<1>2016-01-01/<2>2018-07-01/<3>2018-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4546,80	4861,91	4822,61	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych 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	39,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1969	Lansoprazolum	Lansoprazole Genoptim, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	5909991207489	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017.09.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,37	8,62	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,30
1970	Lansoprazolum	Lansoprazole Genoptim, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	5909991207649	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017.09.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,74	16,78	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,13
1971	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990727025	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,15	12,59	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,27
1972	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990727032	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,12	19,28	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,63
1973	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990869817	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,56	9,87	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,55
1974	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	5909990064045	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,36	8,62	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,30
1975	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	5909990064076	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,72	16,76	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1976	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990995479	2018-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,06	28,93	28,93	Jaskra		ryczałt	3,20
1977	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	5909991189792	2018-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,64	78,59	78,59	Jaskra		ryczałt	8,00
1978	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990813582	2016-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,08	36,30	32,61	Jaskra		ryczałt	6,89
1979	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990931873	2016-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,70	33,81	32,61	Jaskra		ryczałt	4,40
1980	Latanoprostum	Latanoprost STADA, krople do oczu, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990853007	2016-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	29,50	29,50	Jaskra		ryczałt	3,20
1981	Latanoprostum	Latanost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	1 poj.po 2,5 ml	5909990859702	2016-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,97	36,19	32,61	Jaskra		ryczałt	6,78
1982	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt. (6 saszetek po 5 poj. jednodawkowych)	5909991019693	2018-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,92	42,26	39,13	Jaskra		ryczałt	6,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1983	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt. (18 saszetek po 5 poj. jednodawkowych)	5909991019709	2018-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	98,76	117,39	117,39	Jaskra		ryczałt	9,60
1984	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	5909990841448	2016-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,16	37,44	32,61	Jaskra		ryczałt	8,03
1985	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	5900411001298	2016-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,16	100,14	97,83	Jaskra		ryczałt	10,31
1986	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	5909991102883	2016-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,48	42,84	39,13	Jaskra		ryczałt	6,91
1987	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	5909991102890	2016-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	100,43	119,14	117,39	Jaskra		ryczałt	11,35
1988	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	5909990411818	2016-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,16	37,44	32,61	Jaskra		ryczałt	8,03
1989	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	2,5 ml (but.)	5909990741311	2016-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,40	40,84	32,61	Jaskra		ryczałt	11,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1990	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	5903060601673	2016-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	86,67	103,82	97,83	Jaskra		ryczałt	13,99
1991	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	5909991220365	2016-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,52	43,93	39,13	Jaskra		ryczałt	8,00
1992	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	5909991220396	2016-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	103,56	122,44	117,39	Jaskra		ryczałt	14,65
1993	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990879687	2016-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,40	40,84	32,61	Jaskra		ryczałt	11,43
1994	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	5906414000948	2016-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	68,03	84,25	84,25	Jaskra		ryczałt	8,00
1995	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	5909991306649	2018-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,46	30,40	30,40	Jaskra		ryczałt	3,20
1996	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	5909990946587	2018-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,84	37,10	32,61	Jaskra		ryczałt	7,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1997	Latanoprostum + Timololum	Timprost, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909991004897	2016-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,40	40,84	32,61	Jaskra		ryczałt	11,43
1998	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	5909991057213	2016-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,40	40,84	32,61	Jaskra		ryczałt	11,43
1999	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990894543	2016-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,48	41,97	32,61	Jaskra		ryczałt	12,56
2000	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	5903060606630	2018-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	77,76	94,47	94,47	Jaskra		ryczałt	8,00
2001	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (but.)	5909990977826	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	51,84	64,02	60,50	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	6,72
2002	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 tabl. (but.)	5909990977925	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	101,52	120,19	120,19	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
2003	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 10 mg	30 szt.	5909991309138	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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
2004	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	5909991309145	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2005	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	4037353010604	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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
2006	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	4037353015388	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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
2007	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	4037353010628	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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
2008	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990858651	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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
2009	Letrozolum	Aromek, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	5909991060718	<1>2016-01-01/<2>2016-11-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	47,52	59,39	59,39	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	0,00
2010	Letrozolum	Clarzole, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	5909990799923	2016-03-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	50,76	62,79	59,39	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	3,40
2011	Letrozolum	Clarzole, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	5909991231705	2016-03-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	50,76	62,79	59,39	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	3,40
2012	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990710201	<1>2016-01-01/<2>2016-09-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	56,00	68,29	59,39	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	8,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2013	Letrozolum	Lametta, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	5909991061111	<1>2016-01-01/<2>2017-01-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	54,00	66,19	59,39	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	6,80
2014	Letrozolum	Letrozole Apotex, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	5909990908608	2017-03-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	52,49	64,60	59,39	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	5,21
2015	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	5909990794683	2016-05-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	48,60	60,52	59,39	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	1,13
2016	Letrozolum	Lortanda, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	5909991039158	2017-05-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	50,22	62,22	59,39	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii, Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	2,83
2017	Letrozolum	Symletrol, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	5909990956395	2017-01-01	3 lata	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	47,41	59,27	59,27	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii		bezpłatny do limitu	0,00
2018	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22.5 mg	1 zest. (tacki)	5909990075751	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	598,23	653,80	579,86	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	83,54
2019	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	5909990634057	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	1128,78	1224,05	1159,71	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	83,54
2020	Leuprorelinum	Eligard 7,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 7.5 mg	1 zest. (tacki)	5909990075768	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	255,79	285,48	193,29	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	95,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2021	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 3.6 mg	1 implant	5909990836246	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - 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	216,47	193,29	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	26,38
2022	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 5 mg	1 implant	5909990836277	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - 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	568,73	568,73	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
2023	Leuprorelinum	Lucrin Depot, mikrosfery do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 11.25 mg	1 zest.	5909990418015	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	815,70	882,15	579,86	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	311,89
2024	Leuprorelinum	Lucrin Depot, mikrosfery do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 3.75 mg	1 zest.	5909990686117	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	270,84	301,26	193,29	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	111,17
2025	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml + łącznik	5909990928149	2018-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	59,40	73,04	72,36	Padaczka		ryczałt	3,88
2026	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	5909990928248	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	65,60	79,05	66,83	Padaczka		ryczałt	15,78
2027	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	5909990928200	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	19,64	16,71	Padaczka		ryczałt	6,13
2028	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990928224	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	31,10	39,41	33,42	Padaczka		ryczałt	9,19
2029	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	5909990928231	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	48,12	59,28	50,12	Padaczka		ryczałt	12,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2030	Levetiracetamum	Keppra, roztwór do stosowania doustnego, 100 mg/ml	300 ml	5909990006755	2016-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	113,40	129,74	72,36	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	60,58
2031	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	5909990901326	2016-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	388,80	422,41	133,66	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	295,86
2032	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	5909990901319	2016-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	194,40	214,29	66,83	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	151,02
2033	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 250 mg	100 szt.	5909990901128	2016-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	97,20	108,81	33,42	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	78,59
2034	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	5909990901111	2016-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	48,60	55,36	16,71	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	41,85
2035	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	5909990901227	2016-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	194,40	214,29	66,83	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	151,02
2036	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990901210	2016-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	97,20	108,81	33,42	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	78,59
2037	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	5909990006670	2016-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	291,60	318,93	100,25	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	224,01
2038	Levetiracetamum	Keppra, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	5909990006649	2016-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	145,80	161,84	50,12	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	114,92
2039	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	5909990989805	2017-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,54	67,44	66,83	Padaczka		ryczałt	4,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2040	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990989379	2017-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,27	35,38	33,42	Padaczka		ryczałt	5,16
2041	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	5909990921751	2017-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	79,19	97,32	97,32	Padaczka		ryczałt	7,11
2042	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	5909990921737	2017-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,59	51,74	51,74	Padaczka		ryczałt	3,56
2043	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 tabl.	5909990921522	2018-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	19,77	27,51	27,51	Padaczka		ryczałt	3,20
2044	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	5909990921492	2017-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,89	14,71	14,71	Padaczka		ryczałt	3,20
2045	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	5909990921591	2017-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,59	51,74	51,74	Padaczka		ryczałt	3,56
2046	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990921577	2017-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	19,80	27,54	27,54	Padaczka		ryczałt	3,20
2047	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 tabl.	5909990921676	2018-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	59,36	75,08	75,08	Padaczka		ryczałt	5,33
2048	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	5909990921652	2017-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,68	39,91	39,91	Padaczka		ryczałt	3,20
2049	Levetiracetamum	Levetiracetam Apotex, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	5909990949373	2017-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	65,34	78,78	66,83	Padaczka		ryczałt	15,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2050	Levetiracetamum	Levetiracetam Apotex, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	5909990949281	2017-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	14,53	19,59	16,71	Padaczka		ryczałt	6,08
2051	Levetiracetamum	Levetiracetam Apotex, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990949304	2017-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	30,89	39,18	33,42	Padaczka		ryczałt	8,96
2052	Levetiracetamum	Levetiracetam Apotex, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	5909990949359	2017-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	47,95	59,10	50,12	Padaczka		ryczałt	12,18
2053	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	5909990958672	2018-05-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	58,64	72,24	72,24	Padaczka		ryczałt	3,20
2054	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	5909990959167	2016-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	107,91	127,48	127,48	Padaczka		ryczałt	7,11
2055	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	5909990959129	2016-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	53,96	66,83	66,83	Padaczka		ryczałt	3,56
2056	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 250 mg	100 szt.	5909990958764	2016-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	26,98	35,08	33,42	Padaczka		ryczałt	4,86
2057	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	5909990958726	2016-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,49	18,49	16,71	Padaczka		ryczałt	4,98
2058	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	5909990959037	2016-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	53,96	66,83	66,83	Padaczka		ryczałt	3,56
2059	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990958986	2016-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	26,98	35,08	33,42	Padaczka		ryczałt	4,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2060	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	5909990958894	2016-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	80,94	97,74	97,74	Padaczka		ryczałt	5,33
2061	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	5909990958856	2016-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	40,47	51,24	50,12	Padaczka		ryczałt	4,32
2062	Levetiracetamum	Levetiracetam Teva, tabl. powl., 1000 mg	100 tabl.	5909990879373	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	135,00	155,92	133,66	Padaczka		ryczałt	29,37
2063	Levetiracetamum	Levetiracetam Teva, tabl. powl., 1000 mg	50 tabl.	5909990879342	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	78,21	66,83	Padaczka		ryczałt	14,94
2064	Levetiracetamum	Levetiracetam Teva, tabl. powl., 250 mg	100 tabl.	5909990879106	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	32,18	40,54	33,42	Padaczka		ryczałt	10,32
2065	Levetiracetamum	Levetiracetam Teva, tabl. powl., 250 mg	50 tabl.	5909990879076	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	15,77	20,89	16,71	Padaczka		ryczałt	7,38
2066	Levetiracetamum	Levetiracetam Teva, tabl. powl., 500 mg	100 tabl.	5909990879199	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	78,21	66,83	Padaczka		ryczałt	14,94
2067	Levetiracetamum	Levetiracetam Teva, tabl. powl., 500 mg	50 tabl.	5909990879168	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	32,18	40,54	33,42	Padaczka		ryczałt	10,32
2068	Levetiracetamum	Levetiracetam Teva, tabl. powl., 750 mg	100 tabl.	5909990879281	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	101,52	119,35	100,25	Padaczka		ryczałt	24,43
2069	Levetiracetamum	Levetiracetam Teva, tabl. powl., 750 mg	50 tabl.	5909990879250	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	49,14	60,35	50,12	Padaczka		ryczałt	13,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2070	Levetiracetamum	Levetiracetam Zdrovit, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	5909990968824	2017-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	37,58	49,63	49,63	Padaczka		ryczałt	3,56
2071	Levetiracetamum	Levetiracetam Zdrovit, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990968725	2017-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,79	26,48	26,48	Padaczka		ryczałt	3,20
2072	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	5909990998302	2016-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,00	66,87	66,83	Padaczka		ryczałt	3,60
2073	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	5909990998135	2016-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	18,51	16,71	Padaczka		ryczałt	5,00
2074	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990998180	2016-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	35,10	33,42	Padaczka		ryczałt	4,88
2075	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	5909990998258	2016-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	40,50	51,28	50,12	Padaczka		ryczałt	4,36
2076	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	5909991032043	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	116,64	136,64	133,66	Padaczka		ryczałt	10,09
2077	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	5909991031992	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	58,32	71,41	66,83	Padaczka		ryczałt	8,14
2078	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	5909991031497	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	19,64	16,71	Padaczka		ryczałt	6,13
2079	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	5909991031640	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	58,32	71,41	66,83	Padaczka		ryczałt	8,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2080	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909991031602	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,16	37,37	33,42	Padaczka		ryczałt	7,15
2081	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	5909991031886	2017-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,20	54,11	50,12	Padaczka		ryczałt	7,19
2082	Levetiracetamum	Symetra, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	5909990973682	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	58,54	71,64	66,83	Padaczka		ryczałt	8,37
2083	Levetiracetamum	Symetra, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	5909990973361	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	14,63	19,69	16,71	Padaczka		ryczałt	6,18
2084	Levetiracetamum	Symetra, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990973446	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,27	37,48	33,42	Padaczka		ryczałt	7,26
2085	Levetiracetamum	Symetra, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	5909990973583	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,90	54,86	50,12	Padaczka		ryczałt	7,94
2086	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem	5909990925841	2018-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	58,75	72,36	72,36	Padaczka		ryczałt	3,20
2087	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	5909990925957	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	136,08	157,05	133,66	Padaczka		ryczałt	30,50
2088	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	5909990925940	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	78,21	66,83	Padaczka		ryczałt	14,94
2089	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	5909990925858	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	14,63	19,69	16,71	Padaczka		ryczałt	6,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2090	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	5909990925889	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	78,21	66,83	Padaczka		ryczałt	14,94
2091	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990925872	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	31,10	39,41	33,42	Padaczka		ryczałt	9,19
2092	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	5909990925926	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	48,22	59,38	50,12	Padaczka		ryczałt	12,46
2093	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 150 ml + strz.po 3 ml	5909990935895	2018-03-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	29,92	38,55	36,18	Padaczka		ryczałt	5,57
2094	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	5909990935901	2017-11-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	59,83	73,49	72,36	Padaczka		ryczałt	4,33
2095	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	5909990936250	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	66,24	79,72	66,83	Padaczka		ryczałt	16,45
2096	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	5909990935956	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	17,44	22,64	16,71	Padaczka		ryczałt	9,13
2097	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990936052	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	34,88	43,37	33,42	Padaczka		ryczałt	13,15
2098	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	5909990936151	2017-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	49,68	60,91	50,12	Padaczka		ryczałt	13,99
2099	Levocetirizini dihydrochloridum	Ahist, tabl., 5 mg	28 szt.	5909991036065	2016-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	15,87	12,28	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%	7,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2100	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990656929	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,96	16,18	8,77	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%	10,04
2101	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990656936	2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,34	19,51	12,28	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%	10,91
2102	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990656943	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,69	21,09	13,16	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%	11,88
2103	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	5909991192600	2018-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - 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	46,85	39,47	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%	19,22
2104	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	5909990904099	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,14	23,28	17,88	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%	10,76
2105	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990904129	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	19,28	12,28	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%	10,68
2106	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	5906414000726	2018-09-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - 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	26,42	24,56	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%	9,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2107	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	5906414000733	2018-09-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - 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	38,43	36,83	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%	12,65
2108	Levocetirizini dihydrochloridum	Lecetax, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990997640	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,23	16,24	12,28	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%	7,64
2109	Levocetirizini dihydrochloridum	Levocedo, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	5909991238995	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,28	22,37	17,88	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%	9,85
2110	Levocetirizini dihydrochloridum	Levocetirizine Genoptim, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991099862	2016-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,97	13,87	12,28	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%	5,27
2111	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabletki powlekane, 5 mg	28 tabl.	5909990790807	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,83	13,72	12,28	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%	5,12
2112	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	56 tabl.	5902020241133	2018-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,04	26,40	24,56	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%	9,21
2113	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	84 tabl.	5902020241140	2018-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - 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	38,43	36,83	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%	12,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2114	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991060589	2016-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,96	17,01	12,28	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%	8,41
2115	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990918072	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,29	28,90	12,28	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%	20,30
2116	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal, tabl. powl., 5 mg	7 szt. (1 blist.po 7 szt.)	5909990918041	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,79	3,07	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%	6,64
2117	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 szt. (1 but.po 200 ml)	5909990619627	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	23,39	28,79	17,88	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%	16,27
2118	Levocetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990781720	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,31	20,53	12,28	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%	11,93
2119	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990765034	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,64	19,82	12,28	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%	11,22
2120	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	5907695215014	2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2016-11-01/<2>2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,54	34,28	24,56	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%	17,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2121	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabletki powlekane, 5 mg	84 tabletki	5907695215267	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,06	38,41	36,83	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%	12,63
2122	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	5909990095216	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01 - 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	85,00	101,95	101,32	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,19
2123	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	5909990095018	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01 - 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	42,50	53,33	50,66	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	5,87
2124	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	5909990748723	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01 - 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	42,50	53,33	50,66	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	5,87
2125	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	5909990095117	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01 - 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	85,00	101,95	101,32	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,19
2126	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	5909990094912	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01 - 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	21,25	27,96	25,33	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	5,83
2127	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	5909990748624	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01 - 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	21,25	27,96	25,33	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	5,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2128	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	5909990377510	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01 - 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	42,50	53,33	50,66	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	5,87
2129	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990175215	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01 - 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	65,57	82,59	82,59	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,44
2130	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990175314	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01 - 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	39,96	50,66	50,66	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,20
2131	Levodopum + Carbidopum	Sinemet CR 200/50, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200+50 mg	100 szt.	5909990020416	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01 - 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	78,24	94,84	94,84	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
2132	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powl., 25 mg	50 szt.	5909990193912	2016-01-01	3 lata	173.1, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania doustnego	8,08	11,52	11,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2133	Levomepromazinum	Tisercin, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	10 amp.po 1 ml	5909990183418	2016-01-01	3 lata	173.2, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania pozajelitowego	12,04	16,67	16,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2134	Levothyroxinum natricum	Eltroxin, tabl., 100 µg	100 szt.	5909990001712	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	12,20	16,49	14,94	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,66
2135	Levothyroxinum natricum	Eltroxin, tabl., 50 µg	100 szt.	5909990001613	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,48	13,14	7,47	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	9,23
2136	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909991051426	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,75	14,97	14,94	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,14
2137	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051419	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,83	8,25	7,47	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,34
2138	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990719006	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,02	8,65	8,37	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2139	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909991051525	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	13,18	18,05	18,05	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
2140	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051518	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,48	9,34	9,34	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
2141	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990719037	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,70	9,78	9,78	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87
2142	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909991051624	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	14,04	19,51	19,51	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
2143	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051617	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,56	10,89	10,89	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2144	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051716	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	8,96	12,77	12,77	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
2145	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051815	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,62	13,78	13,78	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2146	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909991051129	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,80	8,23	3,74	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,69
2147	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051112	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,86	5,64	1,87	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,64
2148	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909991051228	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,40	12,00	7,47	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,09
2149	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051211	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,24	6,59	3,74	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,05
2150	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909991051327	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,15	13,61	11,21	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,73
2151	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051310	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,72	7,63	5,60	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,23
2152	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990718986	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,72	7,92	6,58	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,54
2153	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990168910	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,51	7,92	7,47	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,01
2154	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	5909991107307	2016-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,48	9,34	9,34	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2155	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	5909990820610	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,88	11,22	11,21	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,34
2156	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990374014	2016-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,18	6,53	3,74	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,99
2157	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	5909991107260	2016-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,03	5,86	5,60	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,46
2158	Lidocaini hydrochloridum + Noradrenalini tartras	Lignocainum 2% c. noradrenalino 0,00125% WZF, roztwór do wstrzykiwań, (20+0,025) mg/ml	10 amp.po 2 ml	5909990092819	2016-01-01	3 lata	148.0, Leki znieczulające miejscowo - lidokaina w połączeniu z norepinefryną - roztwór do wstrzykiwań	8,59	12,23	12,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2159	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991235826	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,58	8,56	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,13
2160	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991013417	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	11,86	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,43
2161	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	5909991235819	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,96	16,59	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,74
2162	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991013516	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,12	18,86	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,01
2163	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg	30 tabl.	5909991357337	2018-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	13,75	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,90
2164	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg	30 tabl.	5909991365691	2018-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,32	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,47
2165	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg	30 tabl.	5909991266608	2017-09-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,02	14,55	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2166	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991013318	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,45	8,65	2,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,65
2167	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990939817	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,48	12,66	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,23
2168	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990939916	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,74	20,56	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,71
2169	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990939718	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,91	8,09	2,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,09
2170	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990682447	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,58	12,65	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,60
2171	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	5909990682461	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,42	20,06	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,53
2172	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990682409	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,91	8,03	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,03
2173	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991133122	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,51	9,43	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,38
2174	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991133023	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	17,34	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,81
2175	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991132927	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,73	4,69	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2176	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990701803	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,20	18,66	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,23
2177	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	5909990761685	2016-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	25,66	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,81
2178	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	5909990970520	2018-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	22,83	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,98
2179	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	5909990708352	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,85	15,14	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,71
2180	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	5909990708369	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	22,26	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,41
2181	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	5909991167714	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,28	20,96	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,43
2182	Lithium	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	5909990148714	2016-01-01	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
2183	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	5909990038220	2016-01-01	3 lata	10.0, Leki przeciwbiegunkowe - loperamid	5,17	7,56	7,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,78
2184	Loratadinum	Aleric Lora, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990880836	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,14	17,37	13,16	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%	8,16
2185	Loratadinum	Aleric Lora, tabl., 10 mg	60 szt.	5909990944361	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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	30,73	26,31	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%	12,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2186	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	5909990739318	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,40	12,83	10,73	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%	5,32
2187	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990739233	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,12	17,35	13,16	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%	8,14
2188	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990223343	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,73	31,58	26,31	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%	13,16
2189	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990223350	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,42	48,55	39,47	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%	20,92
2190	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990795420	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,20	16,38	13,16	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%	7,17
2191	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990670253	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,30	31,13	26,31	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%	12,71
2192	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990670260	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,45	45,44	39,47	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%	17,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2193	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990909049	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,88	17,09	13,16	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%	7,88
2194	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	5909990839018	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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	12,45	11,18	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%	4,62
2195	Losartanum	Apo-Lozart, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990702886	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,85	12,20	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%	6,31
2196	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991073428	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,12	28,75	24,40	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%	11,67
2197	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990674411	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,96	17,12	12,20	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%	8,58
2198	Losartanum	Lakea, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991108212	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	16,13	13,07	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
2199	Losartanum	Loreblok, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909990770601	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,56	11,45	11,45	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%	3,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2200	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	5909991272340	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,78	16,84	16,84	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%	5,05
2201	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990638659	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,47	27,01	24,40	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%	9,93
2202	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909991268404	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,39	9,17	9,17	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%	2,75
2203	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990818914	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	14,28	12,20	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%	5,74
2204	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	5909991268411	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,78	16,84	16,84	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%	5,05
2205	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	5909990649112	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,87	29,53	24,40	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%	12,45
2206	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	5909991268428	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,17	24,01	24,01	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%	7,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2207	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	5909990649129	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,92	34,25	34,25	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%	10,28
2208	Losartanum	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991055110	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,56	15,80	13,07	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%	6,65
2209	Losartanum	Losagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990639885	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,13	11,01	11,01	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%	3,30
2210	Losartanum	Losartan Bluefish, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909990760770	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,40	9,18	9,18	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%	2,75
2211	Losartanum	Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 100 mg	28 tabl.	5909991297060	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,69	16,74	16,74	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%	5,02
2212	Losartanum	Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 50 mg	28 tabl.	5909991296940	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,35	9,13	9,13	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%	2,74
2213	Losartanum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990956654	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,01	15,22	13,07	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%	6,07
2214	Losartanum	Losartanum 123ratio, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990862238	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,38	11,41	11,41	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%	3,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2215	Losartanum	Losartic, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990621439	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,85	12,20	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%	6,31
2216	Losartanum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990573905	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,96	17,27	13,07	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%	8,12
2217	Losartanum	Presartan, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990724352	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,52	27,29	26,14	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%	8,99
2218	Losartanum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990724345	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,64	12,73	12,73	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%	3,82
2219	Losartanum	Rasoltan 50 mg, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990085644	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,13	11,01	11,01	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%	3,30
2220	Losartanum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990481118	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,79	23,39	13,07	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%	14,24
2221	Losartanum	Zeprez, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990887194	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,13	11,16	11,16	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%	3,35
2222	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+10 mg	30 szt.	5909991105853	2017-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,72	30,64	26,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2223	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+5 mg	30 szt.	5909991105785	2017-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,72	30,64	26,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,34
2224	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	30 szt.	5909991105723	2017-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,86	16,11	13,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,96
2225	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	60 szt.	5909991105747	2017-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,72	30,64	26,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,34
2226	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	90 szt.	5909991105761	2017-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,58	44,71	39,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,26
2227	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	30 szt.	5909991105655	2017-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,86	16,11	13,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,96
2228	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	60 szt.	5909991105679	2017-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,72	30,64	26,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,34
2229	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	90 szt.	5909991105693	2017-03-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,58	44,71	39,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,26
2230	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990433612	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,96	17,12	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,58
2231	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990970513	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,12	28,75	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,67
2232	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Loreblok HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	5909990778843	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	14,28	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,74
2233	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990337392	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	14,28	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,74
2234	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	5909990686339	2016-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,87	29,53	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2235	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	5909990686360	2016-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,78	39,35	36,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,74
2236	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990645565	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,47	27,01	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,93
2237	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg	28 szt.	5909990816484	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,49	30,18	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,10
2238	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losacor HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990729685	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,07	15,13	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,59
2239	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan + HCT Genoptim, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt.	5909991303082	2018-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,63	16,68	16,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,00
2240	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan + HCT Genoptim, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	5909991302931	2018-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,36	9,14	9,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,74
2241	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan HCT Bluefish, tabl. powl., 100+25 mg	28 tabl.	5909990810796	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,04	16,06	16,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,82
2242	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan HCT Bluefish, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	5909990810758	2016-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,40	9,18	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,75
2243	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990611980	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,96	17,27	13,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,12
2244	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990721894	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,22	30,12	26,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,82
2245	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990721641	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,34	15,57	13,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,42
2246	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Xartan HCT, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt.	5909990925971	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,86	21,12	21,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2247	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Xartan HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	5909990925964	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,43	11,31	11,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,39
2248	Lovastatinum	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	5909990842315	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,85	14,57	3,12	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%	12,39
2249	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990422159	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,93	15,71	3,12	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%	13,53
2250	Lovastatinum	Lovastin, tabl., 20 mg	28 szt.	5909990756629	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,99	13,67	3,12	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%	11,49
2251	Magnesii valproas	Dipromal, tabl. powl., 200 mg	40 szt. (2 blist.po 20 szt.)	5909990167111	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	9,16	11,88	7,14	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	7,94
2252	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	5909990250615	2016-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	8,41	11,98	11,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2253	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 tabl.	5909997217963	2018-01-01	5 lat	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	5,99	9,44	9,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2254	Mebendazolum	Vermox, tabl. do żucia, 100 mg	6 tabl.	5909990500949	2016-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	6,39	9,86	9,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2255	Medroxyprogesteronum	Depo-Provera, zawiesina do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol.po 3,3 ml	5909990236510	2016-01-01	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
2256	Medroxyprogesteronum	Provera, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990155514	2016-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	13,73	18,49	17,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,04
2257	Medroxyprogesteronum	Provera, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990236411	2016-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	6,67	9,43	8,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,21
2258	Megestroli acetas	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	5909990614608	2016-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	117,72	138,29	138,29	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2259	Megestroli acetas	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	5909990437627	2016-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	117,72	138,29	138,29	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2260	Megestroli acetas	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	5909991054519	2016-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	117,72	138,29	138,29	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2261	Megestroli acetas	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	1 but.po 240 ml	5909990895977	2016-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	117,70	138,28	138,28	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2262	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990224883	2016-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,59	12,82	10,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2263	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990610006	2016-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,33	15,65	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,96
2264	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990997527	2016-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,61	12,84	10,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,72
2265	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	5907695215168	2018-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	21,36	28,30	28,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,15
2266	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	5909991228262	2016-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,75	9,83	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,92
2267	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	5909991228279	2016-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,96	13,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,98
2268	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990431151	2016-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	4,32	6,04	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2269	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990431168	2016-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,13	10,25	10,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,13
2270	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990464425	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,26	8,07	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,51
2271	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990464418	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,37	13,64	10,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,52
2272	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990612406	2016-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	3,56	5,24	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,68
2273	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990612420	2016-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,96	13,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,98
2274	Meloxicamum	Trosicam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	5909990866625	2016-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,13	10,25	10,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,13
2275	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	5909990283514	2016-11-01	3 lata	235.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - melfalan	292,04	326,81	326,81	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2276	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	5909990812905	<1>2018-07-01<2>2018-09-01<3>2017-03-01	<1>3 lata/<2> <3>2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1246,32	1350,28	1292,01	<1>Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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; <2>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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; <3>Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	61,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2277	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	5909990812981	<1>2018-07-01<2>2018-09-01<3>2017-03-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	623,16	681,39	646,02	<1>Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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; <2>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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; <3>Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	38,57
2278	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	5909991219338	2018-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	138,78	161,51	161,51	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2279	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	5909991219307	2018-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	69,39	84,64	80,74	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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	7,10
2280	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	5909990186112	2016-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	21,06	27,93	27,93	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2281	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	5909990186112	2016-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	21,06	27,93	27,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2282	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	5909991084011	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	39,96	49,53	40,18	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	mikroskopowe zapalenie jelit; choroba uchyłkowa jelit	ryczałt	12,55
2283	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.)	5909991083816	2016-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	41,47	52,31	47,20	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	8,31
2284	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	5909991084110	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	64,80	79,30	79,30	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	mikroskopowe zapalenie jelit; choroba uchyłkowa jelit	ryczałt	3,56
2285	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.)	5909991083915	2016-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	81,76	98,63	94,41	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2286	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	5907529110003	2016-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	40,91	55,74	55,74	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2287	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	5907529110027	2016-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	68,31	88,51	88,51	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2288	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	5909991074012	2016-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	23,65	33,61	33,61	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2289	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	5907529109809	2016-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	40,91	55,74	55,74	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2290	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990656820	2016-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	76,06	92,35	88,11	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,44
2291	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990656813	2016-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	152,13	176,23	176,23	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2292	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	5909990855315	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	133,98	151,94	80,36	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	mikroskopowe zapalenie jelit; choroba uchyłkowa jelit	ryczałt	75,14
2293	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	5909990974375	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	159,18	179,70	96,43	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	mikroskopowe zapalenie jelit; choroba uchyłkowa jelit	ryczałt	87,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2294	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 szt.po 100 ml	5909990818815	2016-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	48,76	58,51	35,82	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	25,89
2295	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	5909990974184	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	318,35	350,83	192,86	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	mikroskopowe zapalenie jelit; choroba uchyłkowa jelit	ryczałt	166,50
2296	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	5909991273989	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - 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	318,33	350,81	192,86	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	mikroskopowe zapalenie jelit; choroba uchyłkowa jelit	ryczałt	166,48
2297	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990662111	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	132,65	150,54	80,36	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	mikroskopowe zapalenie jelit; choroba uchyłkowa jelit	ryczałt	73,74
2298	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	5909990970117	2016-01-01	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
2299	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	5909990806430	2016-05-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	163,61	188,56	188,56	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2300	Mesalazinum	Salofalk 250, czopki, 250 mg	30 szt. (6 blist.po 5 szt.)	5909990088829	2016-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	46,44	57,54	47,20	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	13,54
2301	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt. (6 blist.po 5 szt.)	5909990422227	2016-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	81,84	98,70	94,41	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2302	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990400119	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	42,12	51,80	40,18	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	mikroskopowe zapalenie jelit; choroba uchyłkowa jelit	ryczałt	14,82
2303	Metformini hydrochloridum	Etform, tabletki powlekane, 1000 mg	120 tabl.	5909991352417	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018.07.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,49	28,60	28,60	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2304	Metformini hydrochloridum	Etform, tabletki powlekane, 1000 mg	60 tabl.	5909991352400	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,75	15,15	14,81	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,54
2305	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	30 tabl.	5909991271756	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,61	15,51	7,41	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,30
2306	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 tabl.	5909991271763	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	25,23	30,35	14,81	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	18,74
2307	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 tabl.	5909991271695	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,31	7,81	3,70	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,31
2308	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 tabl.	5909991271701	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,61	15,51	7,41	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2309	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 tabl.	5909991271732	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,46	11,70	5,55	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,35
2310	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 tabl.	5909991271749	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,92	23,02	11,11	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,11
2311	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990765423	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,50	8,05	7,41	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,84
2312	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990765430	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,23	15,65	14,81	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,04
2313	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990765379	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,86	4,18	3,70	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,68
2314	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990765386	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,62	8,17	7,41	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,96
2315	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990765393	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,47	6,69	6,29	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2316	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990765409	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,55	13,53	12,59	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,14
2317	Metforminum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990698141	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,62	8,17	7,41	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,96
2318	Metforminum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990698172	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,42	12,00	11,11	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,09
2319	Metforminum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990698257	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,99	11,89	11,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2320	Metforminum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990698271	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,99	17,10	17,10	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2321	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078974	<1>2016-01-01/<2>2018-03-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - 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	5,66	8,21	7,41	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,00
2322	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078974	<1>2016-01-01/<2>2018-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,66	8,21	7,41	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2323	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990078981	<1>2016-01-01/<2>2018-03-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - 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	11,87	16,32	14,81	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,71
2324	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990078981	<1>2016-01-01/<2>2018-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,87	16,32	14,81	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	5,95
2325	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990078998	<1>2016-09-01/<2>2018-03-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - 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	23,04	22,22	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,62
2326	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990078998	<1>2016-09-01/<2>2018-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,14	23,04	22,22	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	7,49
2327	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078943	<1>2016-01-01/<2>2018-03-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - 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	3,22	4,56	3,70	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,06
2328	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078943	<1>2016-01-01/<2>2018-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,22	4,56	3,70	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	1,97
2329	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990078950	<1>2016-01-01/<2>2018-03-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - 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	6,42	9,01	7,41	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2330	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990078950	<1>2016-01-01/<2>2018-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,42	9,01	7,41	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2331	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990078967	<1>2016-09-01/<2>2018-03-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - 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	12,14	11,11	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,23
2332	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990078967	<1>2016-09-01/<2>2018-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,56	12,14	11,11	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	4,36
2333	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990079001	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,75	6,99	6,29	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,90
2334	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990079025	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,50	13,48	12,59	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,09
2335	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990079032	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,58	19,82	18,88	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,02
2336	Metforminum	Glucophage, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	5909990789306	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,55	13,53	12,59	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,14
2337	Metforminum	Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990717248	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,71	8,27	7,41	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,06
2338	Metforminum	Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	5909990789276	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,99	5,37	3,70	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2339	Metforminum	Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	5909990789290	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,72	8,00	6,29	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,91
2340	Metforminum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	5909990864461	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	31,53	36,97	14,81	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	25,36
2341	Metforminum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990624751	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,87	9,44	3,70	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,94
2342	Metforminum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	5909990624768	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,76	18,82	7,41	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,61
2343	Metforminum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990213429	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,77	14,13	5,55	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,78
2344	Metforminum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	5909990213436	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,64	27,97	11,11	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	20,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2345	Metforminum	Metfogamma 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990654598	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,40	7,94	7,41	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,73
2346	Metforminum	Metfogamma 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991032913	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,00	6,20	6,20	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2347	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	5909991252069	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,14	29,29	29,29	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2348	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	5909990053056	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,72	8,27	7,41	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,06
2349	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	5909990933181	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,38	15,80	14,81	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,19
2350	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 tabl.	5909990933198	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - 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	22,72	22,22	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,30
2351	Metforminum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	5909990126316	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,40	4,75	3,70	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,25
2352	Metforminum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	5909990126316	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,40	4,75	3,70	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	2,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2353	Metforminum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	5909990935253	<1>2018-09-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,69	8,24	7,41	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,03
2354	Metforminum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	5909990935253	<1>2018-09-01/<2>2017-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,69	8,24	7,41	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	3,05
2355	Metforminum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	5909990450718	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,29	7,55	6,29	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,46
2356	Metforminum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	5909990935260	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,69	13,67	12,59	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,28
2357	Metforminum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	5909990935277	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018.01.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,31	19,54	18,88	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,74
2358	Metforminum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	5909990652112	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,88	9,45	3,70	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,95
2359	Metforminum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	5909990933167	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,61	18,66	7,41	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,45
2360	Metforminum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	5909990933174	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,38	27,70	11,11	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2361	Metforminum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	5909990705894	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,05	6,53	6,53	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2362	Metforminum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	5909990705474	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,05	3,33	3,33	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2363	Metforminum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	5909990705726	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,02	5,18	5,18	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2364	Metforminum	Metformin Galena, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990462018	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,81	4,13	3,70	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,63
2365	Metforminum	Metformin Galena, tabl., 850 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990928019	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,75	6,99	6,29	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,90
2366	Metforminum	Metifor, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990495115	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,81	4,13	3,70	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2367	Metforminum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt. (8 blist.po 15 szt.)	5909990221028	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,46	29,62	29,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2368	Metforminum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990220984	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,62	8,17	7,41	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,96
2369	Metforminum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	5909990220991	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,23	15,65	14,81	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,04
2370	Metforminum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	5909990221004	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,85	22,73	22,22	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,31
2371	Metforminum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt. (12 blist.po 10 szt.)	5909990457236	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,23	15,65	14,81	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,04
2372	Metforminum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990457212	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,24	4,58	3,70	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2373	Metforminum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990457229	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,62	8,17	7,41	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2374	Metforminum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 tabl.	4013054024331	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,42	12,00	11,11	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,09
2375	Metforminum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt. (8 blist.po 15 szt.)	5909990457335	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	19,09	25,55	25,18	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,81
2376	Metforminum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990457311	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,77	7,01	6,29	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,92
2377	Metforminum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	60 tabl.	5909990457328	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	13,43	12,59	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,04
2378	Metforminum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	4013054024348	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,32	19,55	18,88	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,75
2379	Methadonum	Methadone hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	5909990719013	2016-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,81	5,84	2,51	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,84
2380	Methadonum	Methadone hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	5909990792016	2016-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	18,74	25,12	25,12	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2381	Methadonum	Methadone hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	5909990718917	2016-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	5,13	6,97	5,02	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,15
2382	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	5907626701852	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2383	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	5907626701869	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	74,37	89,51	89,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,63
2384	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	5907626701920	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	101,20	119,38	118,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,81
2385	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	5907626702040	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	155,84	179,05	178,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,09
2386	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	5909990735242	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	211,11	238,79	237,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,65
2387	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	5909990735273	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	266,86	298,47	296,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,81
2388	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	5909990735303	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	322,55	358,10	356,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,90
2389	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	5909990791286	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	223,56	252,43	252,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2390	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	5909990791347	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	298,08	332,40	332,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2391	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	5909990922741	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	372,60	412,39	412,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2392	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	5909990791392	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	447,12	492,37	492,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68
2393	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	5909990922758	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	521,64	572,34	572,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2394	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	5909990791477	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	596,16	652,32	652,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2395	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	5909990922765	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	670,68	732,29	732,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,52
2396	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990791521	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	745,20	812,27	812,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2397	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	5909990922772	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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	819,72	892,25	892,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	14,08
2398	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	5909990928125	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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
2399	Methotrexatum	Methofill, tabl., 10 mg	100 tabl.	5055565744369	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	59,88	73,99	73,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	42,67
2400	Methotrexatum	Methofill, tabl., 10 mg	50 tabl.	5055565744352	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	29,94	38,90	38,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	21,58
2401	Methotrexatum	Methofill, tabl., 2,5 mg	100 tabl.	5055565744161	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	14,97	20,53	19,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,87
2402	Methotrexatum	Methofill, tabl., 2,5 mg	50 tabl.	5055565744154	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	7,48	10,83	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,50
2403	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	5055565730881	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	18,63	24,52	22,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2404	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	5055565730911	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	24,84	32,04	29,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,55
2405	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	5055565730959	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	31,05	39,44	37,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,52
2406	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	5055565730966	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	37,26	46,81	44,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,47
2407	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	5055565731000	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	43,47	54,18	51,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,42
2408	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	5055565731024	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	49,68	61,28	59,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,09
2409	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	5055565731062	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	55,89	68,37	66,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,76
2410	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	5055565731079	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	62,10	75,48	74,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2411	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,55 ml	5055565736319	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - 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	60,48	74,35	74,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2412	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	5055565731116	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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
2413	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	5055565730898	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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
2414	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	5055565730928	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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
2415	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	5055565730973	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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
2416	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	5055565731031	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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
2417	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	5055565731086	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2418	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	5055565731123	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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
2419	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	5055565730904	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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
2420	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	5055565730935	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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
2421	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	5055565730980	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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
2422	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	5055565731048	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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
2423	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	5055565731093	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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
2424	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	5055565731130	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2425	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 10 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346805	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - 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	175,91	201,83	201,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2426	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 12.5 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346836	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - 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	219,89	249,15	249,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2427	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346867	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - 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	263,87	296,48	296,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2428	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 17.5 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346898	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - 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	307,84	343,81	343,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,97
2429	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346928	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - 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
2430	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346980	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - 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
2431	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991347048	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2432	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 7.5 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346775	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - 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	131,93	153,95	153,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2433	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 10 mg	50 szt.	5909990453924	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - 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	41,44	38,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	24,12
2434	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 10 mg	50 szt.	5909990453924	2016-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	32,36	41,44	38,65	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,79
2435	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 2.5 mg	50 szt.	5909990453726	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	8,09	11,47	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,14
2436	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 2.5 mg	50 szt.	5909990453726	2016-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	8,09	11,47	9,66	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,81
2437	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg	50 szt.	5909990453825	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - 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	21,80	19,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,14
2438	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg	50 szt.	5909990453825	2016-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	16,18	21,80	19,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,47
2439	Methotrexatum	Metotab, tabl., 10 mg	100 tabl.	5909991064303	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	63,03	77,30	77,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	42,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2440	Methotrexatum	Metotab, tabl., 2.5 mg	100 tabl.	5909991064228	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	15,76	21,36	19,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	12,70
2441	Methotrexatum	Metotab, tabl., 7.5 mg	100 tabl.	5909991064266	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	47,27	59,09	57,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	33,11
2442	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	5909991252724	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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
2443	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	5909991252762	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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
2444	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	5909991252809	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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
2445	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	5909991252847	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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
2446	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	5909991252885	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2447	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7.5 mg	4 amp.-strz.	5909991252700	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - 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
2448	Methotrexatum	Trexan, tabl., 10 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt)	5909990730346	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	64,80	79,16	77,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	44,53
2449	Methotrexatum	Trexan, tabl., 10 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt)	5909990730346	2016-01-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	64,80	79,16	77,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,86
2450	Methotrexatum	Trexan, tabl., 2.5 mg	100 szt. (but.)	5909990111619	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	16,19	21,81	19,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,15
2451	Methotrexatum	Trexan, tabl., 2.5 mg	100 szt. (but.)	5909990111619	2016-01-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	16,19	21,81	19,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,48
2452	Methoxsalenum	Oxsoralen, kaps. miękkie, 10 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990244713	2016-01-01	3 lata	52.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - psoraleny - metoksalen	12,79	17,63	17,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,29
2453	Methylphenidatum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	1 but.po 30 szt.	5909990655021	2016-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	47,95	59,70	54,73	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	8,17
2454	Methylphenidatum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	1 but.po 30 szt.	5909990655038	2016-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	97,20	115,41	109,46	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	9,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2455	Methylphenidatum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990652198	2016-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	21,60	29,22	29,22	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,20
2456	Methylphenidatum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990652204	2016-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	43,20	55,25	55,25	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,20
2457	Methylphenidatum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990652181	2016-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	10,80	15,53	15,20	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,53
2458	Methylphenidatum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	5909990652235	2016-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	32,94	41,13	30,41	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	13,92
2459	Methylphenidatum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	5909990652242	2016-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	72,14	85,64	60,81	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	28,03
2460	Methylphenidatum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	5909990652259	2016-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	79,92	96,46	91,22	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	8,44
2461	Methylphenidatum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	5909990652266	2016-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	102,60	121,62	121,62	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	4,27
2462	Methylprednisolonum	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	5909990154814	2016-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,53	14,77	14,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,39
2463	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990683215	2016-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	33,48	43,94	43,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2464	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990683123	2016-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,50	9,26	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,43
2465	Methylprednisolonum	Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg	1 fiol. + 1 amp.	5909990939220	2018-11-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	52,57	65,22	65,22	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	3,20
2466	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	5909990835539	2016-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	21,55	28,99	28,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2467	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990834501	2016-03-01	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
2468	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	5909990834464	2018-05-01	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
2469	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	5909990316618	2016-01-01	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
2470	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990316519	2016-01-01	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
2471	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	5909990236817	2016-07-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	84,49	98,73	65,22	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	36,71
2472	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	5909990236718	2016-07-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	35,05	43,44	32,61	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	14,03
2473	Methylprednisolonum + Lidocainum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	5909990236312	2016-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,85	15,10	14,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,72
2474	Metildigoxinum	Bemecor, tabl., 0.1 mg	30 szt.	5909990174614	2016-01-01	3 lata	28.0, Glikozydy naparstnicy	4,47	4,95	0,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2475	Metoprololum	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990034529	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,38	8,70	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,88
2476	Metoprololum	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990034420	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,95	5,15	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,84
2477	Metoprololum	Selmet, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909991073541	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	2,39	3,51	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2478	Mianserinum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909991120948	2016-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,48	9,34	9,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,80
2479	Mianserinum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 tabl.	5909991120962	2018-03-01	5 lat	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,44	25,97	25,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,79
2480	Mianserinum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	5909991121051	2016-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	21,60	28,24	28,02	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,63
2481	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990157716	2016-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	8,28	11,23	9,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,69
2482	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990157822	2016-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	21,60	28,24	28,02	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,63
2483	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990796618	2016-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,46	9,32	9,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,80
2484	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt. (3 blist.po 30 szt.)	5909990796625	2016-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,53	26,07	26,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,82
2485	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	5909991124311	2016-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	13,39	18,28	18,28	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,48
2486	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990883813	2016-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,53	9,40	9,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,86
2487	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	5909990883820	2016-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,60	26,14	26,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2488	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	5909990883929	2016-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	13,07	17,94	17,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,38
2489	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	5909990764242	2016-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,60	26,14	26,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,84
2490	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	5909991064525	2016-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	37,91	48,39	48,39	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,52
2491	Miconazolum	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	5909990281312	2016-01-01	3 lata	59.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym	15,12	20,56	20,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,28
2492	Miconazolum + Mazipredonum	Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g	15 g	5909990129812	2016-01-01	3 lata	49.0, Mikonazol 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
2493	Mieszanki wyciągów alergenowych (pochodzenia roślinnego, zwierzęcego, roztoczy, grzybów)	Phostal, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 10 IR/ml lub 10 IC/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990820528	2016-01-01	3 lata	214.6, Alergeny różne mieszane - produkty do leczenia podtrzymującego	133,49	155,67	155,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2494	Mieszanki wyciągów alergenowych (pochodzenia roślinnego, zwierzęcego, roztoczy, grzybów)	Phostal, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 0,01 IR/ml; 0,1 IR/ml; 1 IR/ml; 10 IR/ml lub stężenie 0,01 IC/ml; 0,1 IC/ml; 1 IC/ml; 10 IC/ml	4 fiol.po 5 ml	5909990820511	2016-01-01	3 lata	214.5, Alergeny różne mieszane - produkty do leczenia podstawowego	133,49	155,67	155,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2495	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	5909990094813	2016-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	18,13	23,08	16,75	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	11,36
2496	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 300 mg	30 szt.	5909990419814	2016-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	37,80	46,00	33,50	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	22,55
2497	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powl., 150 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990966813	2016-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	12,31	16,97	16,75	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,25
2498	Moclobemidum	Moklar, tabl. powl., 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990953714	2016-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	12,10	16,75	16,75	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,03
2499	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	5909991236199	2018-05-01	2 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	24,84	32,63	32,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2500	Mometasonum	Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 poj.po 60 daw.	5909991106638	2016-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	81,00	96,13	73,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	29,22
2501	Mometasonum	Metmin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	5909991141004	2018-09-01	2 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	12,58	16,88	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,63
2502	Mometasonum	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	5909991137441	2018-09-01	2 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	17,01	22,06	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,22
2503	Mometasonum	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	5909991097059	2017-01-01	2 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	12,85	17,69	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,85
2504	Mometasonum	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	5909991195366	2018-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	12,58	16,88	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,63
2505	Mometasonum	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	5909991309206	2017-05-01	2 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	12,53	16,84	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,59
2506	Mometasonum	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	5909991031275	2018-07-01	2 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	13,72	18,08	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,83
2507	Mometasonum	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	5909991099688	2018-01-01	2 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
2508	Mometasonum	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	5909991099695	2017-01-01	2 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	20,68	27,46	27,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,73
2509	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990670758	2017-01-01	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
2510	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990881734	2016-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,09	26,06	22,31	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,44
2511	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	5909990881758	2016-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,19	14,33	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2512	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	5909990881772	2016-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,61	17,39	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,58
2513	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990668137	2016-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	22,57	28,67	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	13,05
2514	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990668144	2016-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	12,10	15,29	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,05
2515	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990668120	2016-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,12	18,98	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	11,17
2516	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990671243	2016-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,52	26,52	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,90
2517	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	5909990662685	2016-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,23	14,37	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,13
2518	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	5909990662647	2016-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,04	17,84	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,03
2519	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990871858	2016-09-01	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
2520	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	5909990871650	2016-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	7,56	10,52	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2521	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	5909990871766	2016-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,45	13,03	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	5,22
2522	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990780266	2016-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	22,14	28,22	22,31	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	12,60
2523	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	5907626703481	2016-05-01	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
2524	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	5909990803743	2016-03-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	12,31	15,51	8,92	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,27
2525	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	5909990803767	2016-03-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,12	18,98	11,16	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	11,17
2526	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990893294	2016-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,90	24,82	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,20
2527	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	5909990893188	2016-09-01	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
2528	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	5909990893263	2017-01-01	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
2529	Montelukastum	Promonta, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990671090	2016-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	21,38	27,42	22,31	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	11,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2530	Montelukastum	Promonta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990671052	2016-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,80	13,92	8,92	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,68
2531	Montelukastum	Promonta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990671076	2016-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,04	17,84	11,16	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,03
2532	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991007300	2016-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,72	22,53	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,91
2533	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	5909991007263	2016-09-01	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
2534	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	5909991007270	2016-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,77	12,31	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,50
2535	Montelukastum	Symlukast 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990697939	2016-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	17,28	23,11	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,49
2536	Montelukastum	Symlukast 4, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990697762	2016-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	7,56	10,52	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,28
2537	Montelukastum	Symlukast 5, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990697892	2016-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,72	13,31	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	5,50
2538	Morphinum	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990724819	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	4,17	6,12	5,70	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2539	Morphinum	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990724819	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	4,17	6,12	5,70	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,42
2540	Morphinum	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990725113	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	41,75	52,68	52,68	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2541	Morphinum	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990725113	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	41,75	52,68	52,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2542	Morphinum	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990724918	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	12,39	17,11	17,11	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2543	Morphinum	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990724918	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	12,39	17,11	17,11	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2544	Morphinum	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990725014	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	22,86	30,40	30,40	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2545	Morphinum	Doltard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990725014	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	22,86	30,40	30,40	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2546	Morphinum	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	5909990404919	2016-01-01	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
2547	Morphinum	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	5909990404919	2016-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	11,83	15,45	10,88	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,57
2548	Morphinum	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	5909990405015	2016-01-01	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
2549	Morphinum	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	5909990405015	2016-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	16,09	21,77	21,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2550	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990476237	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	16,02	20,92	17,11	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	7,01
2551	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990476237	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	16,02	20,92	17,11	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,81
2552	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990476534	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	138,36	160,29	160,29	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,40
2553	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990476534	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	138,36	160,29	160,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2554	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990476633	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	277,00	309,86	309,86	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	12,80
2555	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990476633	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	277,00	309,86	309,86	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2556	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990476336	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	40,66	51,05	51,05	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2557	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990476336	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	40,66	51,05	51,05	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2558	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990476435	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	81,23	97,60	97,60	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,84
2559	Morphinum	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990476435	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	81,23	97,60	97,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2560	Morphinum	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990336425	2016-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	57,78	71,24	71,24	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2561	Morphinum	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990336425	2016-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	57,78	71,24	71,24	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2562	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990743827	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6,26	9,02	8,56	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,66
2563	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990743827	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6,26	9,02	8,56	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,46
2564	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990744121	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	54,00	67,71	67,71	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2565	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990744121	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	54,00	67,71	67,71	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2566	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990744220	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	90,72	110,27	110,27	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,40
2567	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990744220	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	90,72	110,27	110,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2568	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990743926	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	17,82	24,11	24,11	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2569	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990743926	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	17,82	24,11	24,11	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2570	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990744022	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	30,24	40,11	40,11	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2571	Morphinum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990744022	2016-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	30,24	40,11	40,11	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2572	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	5909990980918	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01/<3>2017-01-01 - 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	233,36	119,81	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; 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	116,75
2573	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	5909990707614	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01/<3>2017-01-01 - 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	129,60	147,95	85,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; 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	65,57
2574	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	5909990707515	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01/<3>2017-01-01 - 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	129,60	147,95	85,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; 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	65,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2575	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	5909990754472	2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01/<3>2017-01-01 - 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	67,50	82,75	82,75	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; 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
2576	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990750993	2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01/<3>2017-01-01 - 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	67,50	82,75	82,75	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; 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
2577	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Apotex, kaps. twarde, 250 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990718375	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01/<3>2017-01-01 - 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	86,40	102,59	85,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; 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	20,21
2578	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Apotex, tabl. powl., 500 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990718405	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01/<3>2017-01-01 - 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	86,40	102,59	85,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; 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	20,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2579	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990715268	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01/<3>2017-01-01 - 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	75,60	91,25	85,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; 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	8,87
2580	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Stada, kaps., 250 mg	100 szt.	5909990807703	2016-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01/<3>2017-01-01 - 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	137,16	155,89	85,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; 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	73,51
2581	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Stada, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990807741	2016-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01/<3>2017-01-01 - 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	137,16	155,89	85,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; 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	73,51
2582	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 kaps.	5909990638185	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01/<3>2017-01-01 - 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	85,58	85,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2583	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powl., 500 mg	50 tabl.	5909990638208	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2018-03-01/<3>2017-01-01 - 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	85,58	85,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; 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
2584	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 0.5 g	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990962419	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	15,68	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,12
2585	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 0.5 g	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990962426	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	39,96	45,71	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	38,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2586	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	5909990075621	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	47,97	58,04	40,17	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2587	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	5909990716821	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	64,39	76,71	53,55	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	26,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2588	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	5909990075720	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	103,47	120,03	80,33	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	42,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2589	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	5909990716920	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	128,00	147,50	107,11	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	43,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2590	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	5909990075829	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	160,54	182,81	133,88	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	52,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2591	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	5909990836932	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	183,88	208,46	160,66	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	52,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2592	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	5909990837038	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	263,00	293,25	214,21	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	84,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2593	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	5909990837137	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	307,17	340,77	267,77	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 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 wszczepieniu 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 żylnej 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 ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	80,11
2594	Naproxenum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990615438	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,72	9,76	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2595	Naproxenum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	5909990948536	2016-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,74	21,55	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,10
2596	Naproxenum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990624515	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,44	19,18	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,54
2597	Naproxenum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	5909990948543	2016-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	33,48	41,36	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,45
2598	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	5909991054991	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	19,06	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,37
2599	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	5909991055066	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	29,43	36,77	30,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,40
2600	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	5909990661404	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,15	10,74	7,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2601	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	5909990661435	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	23,22	29,25	23,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,72
2602	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	5909990661442	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,52	21,09	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,40
2603	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 tabl.	5909997213224	2018-05-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,75	16,09	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,40
2604	Naproxenum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	5909991023782	2016-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,51	7,44	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,62
2605	Naproxenum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	5909991023799	2016-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,02	14,54	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,90
2606	Naproxenum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	5909991023805	2016-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,52	21,31	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2607	Naproxenum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	5909991023836	2016-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	33,05	40,91	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,00
2608	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	5909991040529	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,21	10,80	7,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,96
2609	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	5909991040536	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,72	17,72	12,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,32
2610	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	5909990644179	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,21	10,80	7,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,96
2611	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 tabl.	5909990644186	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	19,06	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,37
2612	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	5909990914319	2016-01-01	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
2613	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	5909990914418	2016-01-01	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2614	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 250 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990860692	2016-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,99	10,57	7,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,73
2615	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 250 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990466726	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,26	18,28	12,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,88
2616	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990466818	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,47	15,84	10,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,72
2617	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990860685	2016-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,16	19,67	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,98
2618	Naproxenum	Pabi-Naproxen, tabl., 250 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990133215	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,31	18,34	12,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,94
2619	Naproxenum	Pabi-Naproxen, tabl., 500 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990133314	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,45	14,77	10,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,65
2620	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt. (1 blist.po 100 szt.)	5909990042371	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	32,40	41,83	41,83	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2621	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt. (1 blist.po 100 szt.)	5909990042371	2016-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,40	41,83	41,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2622	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt. (1 blist.po 100 szt.)	5909990042364	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	56,16	69,37	69,37	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
2623	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt. (1 blist.po 100 szt.)	5909990042364	2016-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	56,16	69,37	69,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2624	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	5909990930142	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	27,43	35,72	35,72	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2625	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	5909990930142	2018-09-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	27,43	35,72	35,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2626	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	5909990023912	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	8,48	10,36	4,46	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,10
2627	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288.2 mg/5 ml	150 ml	5909990307418	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - 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	15,88	7,71	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,37
2628	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990750290	2016-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,53	11,57	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2629	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990662425	2018-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,64	13,93	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,60
2630	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	5909990662456	2018-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,28	22,65	21,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,99
2631	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990805495	2018-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,69	11,73	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,10
2632	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990685189	2018-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,85	16,10	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,47
2633	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	5909990685202	2018-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	18,41	23,64	19,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,95
2634	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990689774	2016-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,28	16,55	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,92
2635	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990670185	2018-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,87	16,12	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,49
2636	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990648719	2018-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,37	15,60	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,97
2637	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990673865	2016-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,39	16,67	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,04
2638	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990653300	2017-03-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,72	12,82	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,19
2639	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	5907626703597	2018-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,42	21,55	19,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,86
2640	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990641000	2018-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	30,78	38,58	35,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2641	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990640997	2018-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,18	12,40	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,07
2642	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990642809	2016-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,26	17,58	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,95
2643	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	15 szt.	5909990411320	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,53	7,98	3,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,06
2644	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	30 szt.	5909990411337	2016-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,96	15,79	7,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,95
2645	Nimesulidum	Aulin, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 szt.	5909990411436	2018-07-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,85	17,71	17,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,86
2646	Nimesulidum	Minesulin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.	5909990997220	2017-09-01	5 lat	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,74	17,60	17,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,80
2647	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	5909991040338	2016-01-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,96	17,83	17,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,92
2648	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990694778	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,83	4,93	3,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,93
2649	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	5909990694785	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,67	9,86	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	6,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2650	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990694761	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,62	7,71	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,76
2651	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	5909990694754	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,32	15,11	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	9,22
2652	Norfloxacinum	Nolicin, tabl. powl., 400 mg	20 szt.	5909990085323	2016-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	10,48	14,71	14,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,36
2653	Norfloxacinum	Norsept, tabl. powl., 400 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909991102838	2016-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	10,37	14,59	14,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,30
2654	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	5909990042913	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2018-03-01/<2>2016-03-01 - 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	59,53	59,53	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2655	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	5909990042715	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2018-03-01/<2>2016-03-01 - 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	44,19	44,19	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2656	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	5909990459711	<1>2016-01-01/<2>2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2018-03-01/<2>2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	2160,00	2324,85	2305,85	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, głukagonoma, 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 hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	22,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2657	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	5909990459612	<1>2016-01-01/<2>2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2018-03-01/<2>2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	4320,00	4621,20	4611,70	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco 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 hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	12,70
2658	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	5909990459513	<1>2016-07-01/<2>2018-07-01 - dla kolumny 12, <1>2018-03-01/<2>2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	6480,00	6917,55	6917,55	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco 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 hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,57
2659	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990111213	2016-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	12,95	15,75	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,07
2660	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990111213	2016-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	12,95	15,75	7,36	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	8,39
2661	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	5909990806799	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	71,39	71,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2662	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	5909990806843	2016-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	84,24	102,89	102,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2663	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	5909990806881	2016-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,32	134,36	134,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2664	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	5909990806751	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	37,92	37,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2665	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990824106	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	96,34	96,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,44
2666	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	5909990827343	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	158,76	183,12	183,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2667	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990824076	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,21	49,61	48,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,76
2668	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	5909991095666	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,38	95,77	95,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2669	Olanzapinum	Olanzapin Actavis, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 tabl.	5909990711161	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,44	89,53	89,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2670	Olanzapinum	Olanzapin Actavis, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	5909990711277	2018-01-01	5 lat	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,40	133,51	133,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2671	Olanzapinum	Olanzapin Actavis, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 tabl.	5909990711444	2018-01-01	5 lat	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	153,36	177,45	177,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2672	Olanzapinum	Olanzapin Actavis, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 tabl.	5909990710454	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,56	44,73	44,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2673	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	5909991136475	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	80,46	80,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2674	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990697649	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	96,34	96,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,44
2675	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	5909991136451	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	42,46	42,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2676	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990697526	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,84	50,27	48,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,42
2677	Olanzapinum	Olanzapina STADA, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990896745	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	80,46	80,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2678	Olanzapinum	Olanzapina STADA, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990896738	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	42,46	42,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2679	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	28 tabl.	5909990793365	<1>2016-05-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,84	93,10	93,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2680	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 tabl.	5909990793389	<1>2016-05-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,84	93,10	93,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2681	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	5909991230593	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	279,50	312,91	312,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2682	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 tabl.	5909991230616	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	293,86	293,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2683	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 tabl.	5909990793402	2017-05-01	5 lat	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,36	173,25	173,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2684	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	28 tabl.	5909990793341	<1>2016-05-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	46,52	46,52	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2685	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	5909991230586	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	139,75	162,17	162,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,23
2686	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 tabl.	5909991230609	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	152,64	152,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2687	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	5909990865956	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	55,51	55,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2688	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	5909990866021	2016-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,56	79,08	79,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2689	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	5909990865901	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,52	29,99	29,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2690	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990763467	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,46	96,90	96,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,00
2691	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990763481	2018-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	120,64	141,11	141,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2692	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990763498	2018-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	160,92	185,39	185,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2693	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7)	5909990763443	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,96	50,40	48,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,55
2694	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	5902020926870	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	211,68	241,69	241,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2695	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990766901	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,72	79,33	79,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2696	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990767052	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,72	79,33	79,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2697	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990766895	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,86	41,89	41,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2698	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991281038	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,32	73,66	73,66	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2699	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990637218	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,76	89,87	89,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2700	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991280918	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017.09.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,16	39,06	39,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2701	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990637126	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,67	44,84	44,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2702	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 tabl.	5909990782246	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,84	93,10	93,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2703	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 tabl.	5909990782239	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,15	46,40	46,40	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2704	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 tabl.	5909990782260	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,84	93,10	93,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2705	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	5909991094539	2016-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	118,80	139,18	139,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2706	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 tabl.	5909990925186	2016-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	162,00	186,52	186,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2707	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 tabl.	5909990782253	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,15	46,40	46,40	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2708	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990781805	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,45	91,64	91,64	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2709	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990781782	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,72	48,05	48,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2710	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	112 szt.	5909991231910	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	319,68	356,08	356,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,95
2711	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990335367	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	83,00	99,57	96,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,67
2712	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990422241	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	84,02	100,97	100,97	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2713	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	56 tabl. (8 blist.po 7)	5909990335374	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	181,53	181,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2714	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990422258	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	168,05	193,19	193,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,40
2715	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	5909991066000	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	268,92	301,24	301,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,60
2716	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	5909991231927	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	159,84	184,25	184,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2717	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990335343	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,50	50,97	48,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,12
2718	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990422265	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	42,01	52,85	51,48	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,57
2719	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	56 tabl. (8 blist.po 7)	5909990335350	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	94,98	94,98	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2720	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990422272	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	84,02	100,97	100,97	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2721	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909991065942	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	133,00	154,52	154,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,87
2722	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990640287	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	84,78	101,44	96,10	Schizofrenia	choroba Huntingtona	ryczałt	8,54
2723	Olanzapinum	Synza 10 mg tabletka, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990704866	<1>2016-01-01/<2>2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	89,53	89,53	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2724	Olanzapinum	Synza 5 mg tabletka, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990704750	<1>2016-01-01/<2>2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,72	47,00	47,00	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2725	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	5903792743061	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,68	64,58	64,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2726	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	5909990069866	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	82,08	98,60	96,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,70
2727	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991081911	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	82,08	98,60	96,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,70
2728	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 tabl.	5901878600123	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,20	86,13	86,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2729	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	35 szt.	5909990069347	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	100,44	118,91	118,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,73
2730	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	35 szt.	5909990069873	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	100,44	118,91	118,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2731	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	5909990069897	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	200,88	228,37	228,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,47
2732	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	5909990069361	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	200,88	228,37	228,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,47
2733	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	5909990069958	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	124,20	144,85	144,15	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,18
2734	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	5909990069989	2018-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	301,32	336,32	336,32	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,20
2735	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	5909990070008	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	165,24	189,92	189,92	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2736	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	5909990070046	2018-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	401,76	444,25	444,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,93
2737	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	5903792743078	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,84	34,52	34,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2738	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	5909990069705	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,53	48,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2739	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991081812	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,53	48,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,68
2740	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	35 szt.	5909990069736	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	50,22	62,18	60,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,32
2741	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	35 szt.	5909990069279	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	50,22	62,18	60,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,32
2742	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	5909990069293	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	100,44	118,91	118,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,73
2743	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	5909990069750	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	100,44	118,91	118,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,73
2744	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	5906414000610	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	339,42	377,38	377,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	12,80
2745	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990917013	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016.09.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	91,11	108,41	102,96	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2746	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	5909991064716	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	91,11	108,41	102,96	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,65
2747	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	5909991191184	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	273,35	305,89	305,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,60
2748	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	5906414000603	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	169,71	194,94	194,94	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,40
2749	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909990916917	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	45,55	56,57	51,48	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,29
2750	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	5909991064518	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	45,55	56,57	51,48	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,29
2751	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909991191177	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	136,67	158,37	154,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,72
2752	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7.5 mg	30 szt.	5909991064617	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,33	82,63	77,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2753	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	5906414000696	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	316,80	353,06	353,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,95
2754	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	5909991347390	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,74	86,70	86,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2755	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	5909990775682	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	85,04	101,71	96,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,81
2756	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	5906414000665	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	239,76	270,19	270,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,96
2757	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	5906414000702	2016-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	475,20	523,34	523,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,92
2758	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	5909990775712	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	127,56	148,38	144,15	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,71
2759	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	5906414000672	2016-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	359,64	399,03	399,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,44
2760	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	5906414000719	2016-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	633,59	693,62	693,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	23,89
2761	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	5909990775729	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	170,07	194,99	192,20	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2762	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	5906414000689	2016-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	479,52	527,88	527,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,92
2763	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	5906414000658	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	158,39	182,73	182,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2764	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	5909990775675	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	42,52	53,09	48,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,24
2765	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	5906414000641	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	119,88	140,31	140,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,48
2766	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (5 blist.po 6 szt.)	5909991097011	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	82,56	99,43	99,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2767	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	5903060609709	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	279,11	279,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,60
2768	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	5909990849581	2016-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	127,33	148,57	148,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2769	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	5903060609716	2016-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	374,71	415,50	415,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2770	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990849635	2016-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	176,58	202,15	202,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2771	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	5903060609723	2016-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	503,50	553,91	553,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	19,20
2772	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (5 blist.po 6 szt.)	5909991096816	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,20	49,90	49,90	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2773	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5903060609693	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	142,12	142,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,80
2774	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	5909990892129	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	94,02	94,02	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2775	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	5909990892143	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	181,53	181,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2776	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	5909990892150	2016-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	119,75	140,18	140,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2777	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	5909990892174	2018-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	240,41	270,87	270,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,96
2778	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	5909990892303	2016-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	161,48	185,97	185,97	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2779	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	5909990892341	2018-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	322,96	359,53	359,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,95
2780	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	5909990892082	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	47,17	47,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2781	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	5909990892105	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	93,07	93,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2782	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	5909990914647	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,18	78,76	78,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2783	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	5909990914654	2018-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	104,76	124,44	124,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2784	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	5909990914661	2018-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,24	143,72	143,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2785	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	5909990914630	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,32	41,33	41,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2786	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 210 mg	1 fiol.pr.po 0,21 g (+1 fiol.roz.3 ml)	5909990686803	2016-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	583,20	640,17	634,15	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	9,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2787	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	1 fiol.pr.po 0,3 g (+1 fiol.roz.3 ml)	5909990686827	2016-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	833,14	909,17	905,93	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	6,44
2788	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 405 mg	1 fiol.pr.po 0,405 g (+1fiol.roz.3 ml)	5909990686834	2016-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1124,74	1223,00	1223,00	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	4,32
2789	Olodaterolum + Tiotropii bromidum	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład + 1 inh.	5909991257439	2017-03-01	2 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	173,99	199,76	199,76	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	59,93
2790	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	5909990068425	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,81	11,60	11,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,80
2791	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	14 szt. (1 poj.po 14 szt.)	5909990880218	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,77	11,14	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,82
2792	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt. (1 poj.po 28 szt.)	5909990880225	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,98	20,18	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,53
2793	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	5909991140779	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,76	26,11	26,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2794	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	5909991140809	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	30,56	40,38	40,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,19
2795	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	5909991339357	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,40	9,07	9,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,54
2796	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	5909991292980	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,67	9,35	9,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,68
2797	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	5909991272418	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,51	11,29	11,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,65
2798	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	5909990420537	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,12	19,28	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,63
2799	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	56 szt.	5909991339364	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,80	16,70	16,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,35
2800	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	56 szt.	5909991292997	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,34	17,27	17,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2801	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	5909990420544	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	25,38	32,01	26,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	18,71
2802	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990077663	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,31	12,13	12,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,07
2803	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt. (but. 20 ml)	5909990420612	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,07	10,40	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,08
2804	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt. (but. 40 ml)	5909990420629	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,42	20,64	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,99
2805	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt. (but. 70 ml)	5909990422654	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	39,64	48,77	42,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	27,39
2806	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	5909990921324	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	23,32	29,85	26,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	16,55
2807	Omeprazolum	Heligen, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	5909990889600	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,67	11,45	11,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2808	Omeprazolum	Heligen, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	5909990891351	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,90	21,01	21,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,51
2809	Omeprazolum	Heligen Neo, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	5909991274467	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,40	9,07	9,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,54
2810	Omeprazolum	Heligen Neo, kapsułki dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	5909991274511	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,80	16,70	16,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,35
2811	Omeprazolum	Loseprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909991100926	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,94	13,84	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,19
2812	Omeprazolum	Omeprazol Aurobindo, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	5909990920747	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,70	10,44	10,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,22
2813	Omeprazolum	Omeprazol Aurobindo, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	5909990920983	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,75	16,65	16,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,33
2814	Omeprazolum	Omeprazol Farmax, kaps. dojelitowe, 20 mg	28 szt.	5909991189020	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,67	9,35	9,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2815	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	5909990668779	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,24	11,00	11,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,50
2816	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	5909991271442	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,74	18,74	18,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,37
2817	Omeprazolum	Omeprazolum 123ratio, kaps. dojel. twarde, 20 mg	1 but.po 28 szt.	5909990659456	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,26	12,07	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,04
2818	Omeprazolum	Ortanol 20 Plus, kaps., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990613205	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,55	19,73	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,08
2819	Omeprazolum	Ortanol 20 Plus, kaps., 20 mg	56 szt. (8 blist.po 7 szt.)	5909990615230	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,08	34,84	26,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	21,54
2820	Omeprazolum	Ortanol 40 Plus, kaps., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990613359	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,08	34,84	26,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	21,54
2821	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990772667	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,63	20,86	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2822	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990077731	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	24,84	31,44	26,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	18,14
2823	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	14 szt. (1 poj.po 14 szt.)	5909990772919	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,48	12,94	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,62
2824	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt. (1 poj.po 28 szt.)	5909990772933	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,63	18,76	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,11
2825	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	7 szt. (1 poj.po 7 szt.)	5909990772926	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,62	6,86	3,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,20
2826	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	5909991272753	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,80	10,54	10,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,27
2827	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	5909991272739	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,34	17,27	17,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,64
2828	Omeprazolum	Progastim, kaps. dojel., 20 mg	1 but.po 28 szt.	5909990635450	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,80	14,74	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2829	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 10 mg	28 szt.	5909990796205	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,64	11,00	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,68
2830	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	5909990796298	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,58	16,61	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,96
2831	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 tabl.	5909990796359	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,68	29,17	26,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	15,87
2832	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 40 mg	28 tabl.	5909990796533	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,68	29,17	26,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	15,87
2833	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	5909990744510	2016-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	34,56	44,23	44,23	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2834	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	5909990777044	2016-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	12,96	18,74	18,74	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2835	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	5909990777150	2016-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	16,20	24,95	24,95	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2836	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990994717	2016-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	34,56	44,23	44,23	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2837	Ondansetronum	Zofran, czopki, 16 mg	2 szt.	5909990810529	2016-01-01	3 lata	7.2, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doodbytniczego	52,33	64,95	64,95	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2838	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	5909990001811	2016-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,86	38,58	22,12	Nowotwory złośliwe		ryczałt	19,66
2839	Ondansetronum	Zofran, syrop, 4 mg/5 ml	50 ml	5909990810611	2016-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	37,80	44,82	22,12	Nowotwory złośliwe		ryczałt	25,90
2840	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	5909990001910	2016-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	49,84	60,27	44,23	Nowotwory złośliwe		ryczałt	19,24
2841	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 4 mg	10 szt.	5909990887910	2016-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,86	38,58	22,12	Nowotwory złośliwe		ryczałt	19,66
2842	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	5909990888016	2016-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	49,84	60,27	44,23	Nowotwory złośliwe		ryczałt	19,24
2843	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	5909990048809	2018-05-01	2 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	18,22	24,44	22,11	Padaczka		ryczałt	5,53
2844	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	5909990048823	2018-05-01	2 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	36,33	46,37	44,21	Padaczka		ryczałt	5,36
2845	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	5909990048854	2018-05-01	2 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	72,66	88,42	88,42	Padaczka		ryczałt	3,20
2846	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabletki powlekane, 150 mg	50 tabl.	5909991303518	2018-05-01	2 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	17,71	23,91	22,11	Padaczka		ryczałt	5,00
2847	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabletki powlekane, 300 mg	50 tabl.	5909991300661	2018-05-01	2 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,42	45,42	44,21	Padaczka		ryczałt	4,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2848	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabletki powlekane, 600 mg	50 tabl.	5909991300739	2018-05-01	2 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	70,85	86,52	86,52	Padaczka		ryczałt	3,20
2849	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	5909991057480	2017-11-01	2 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	38,63	48,78	44,21	Padaczka		ryczałt	7,77
2850	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	5909991057497	2017-11-01	2 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	81,48	97,68	88,42	Padaczka		ryczałt	12,46
2851	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl., 300 mg	50 szt.	5909997228495	2016-07-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	48,60	59,25	44,21	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	18,24
2852	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	5909991242008	2016-03-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	50,22	60,95	44,21	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	19,94
2853	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990825615	2016-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	52,38	63,22	44,21	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	22,21
2854	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	5909990747115	2016-01-01	3 lata	160.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - płynne postacie farmaceutyczne	73,44	89,32	89,32	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
2855	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl., 600 mg	50 szt.	5909997229157	2016-07-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	97,20	114,19	88,42	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	28,97
2856	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	5909991247829	2016-03-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	100,44	117,59	88,42	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	32,37
2857	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990825714	2016-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	105,84	123,26	88,42	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	38,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2858	Oxybutyninum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	5909991304140	2017-05-01	5 lat	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	8,10	11,82	11,82	Stwardnienie rozsiane		30%	3,55
2859	Oxybutyninum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	5909991290887	2017-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	8,26	11,98	11,98	Stwardnienie rozsiane		30%	3,59
2860	Oxybutyninum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	5909991239503	2016-05-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	8,63	12,37	11,98	Stwardnienie rozsiane		30%	3,98
2861	Oxybutyninum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	5909997013947	2016-11-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	10,21	14,03	11,98	Stwardnienie rozsiane		30%	5,64
2862	Oxybutyninum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990163519	2016-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	11,34	15,22	11,98	Stwardnienie rozsiane		30%	6,83
2863	Oxybutyninum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	5909997065892	2016-11-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	17,77	23,90	23,90	Stwardnienie rozsiane		30%	7,17
2864	Oxybutyninum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	5909990783816	2016-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	17,82	23,95	23,95	Stwardnienie rozsiane		30%	7,19
2865	Oxybutyninum	Uralex, tabl., 5 mg	60 tabl.	5909991036034	2018-03-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	15,55	21,57	21,57	Stwardnienie rozsiane		30%	6,47
2866	Oxybutyninum	Uralex/Oxybutynin hydrochloride Accord, tabl., 5 mg	30 szt.	5909991035983	2016-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	7,78	11,47	11,47	Stwardnienie rozsiane		30%	3,44
2867	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	5908289660425	2017-09-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	83,68	100,67	91,47	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	9,20
2868	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	5908289660432	2017-09-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	167,37	192,55	182,93	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	9,62
2869	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	5908289660449	2017-09-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	334,74	372,60	365,86	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	6,74
2870	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	5908289660418	2017-09-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	41,82	52,72	45,73	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	6,99
2871	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 tabl.	5909991327958	2017-09-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	41,04	51,90	45,73	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	6,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2872	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 tabl.	5909991327989	2017-09-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	82,08	98,99	91,47	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	7,52
2873	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 tabl.	5909991328184	2017-09-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	82,08	98,99	91,47	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	7,52
2874	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 tabl.	5909991328214	2017-09-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	164,16	189,18	182,93	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	6,25
2875	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 tabl.	5909991328405	2017-09-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	164,16	189,18	182,93	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	6,25
2876	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 tabl.	5909991328436	2017-09-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	328,32	365,86	365,86	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2877	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	5909990741359	2017-05-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	51,35	62,73	45,73	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	17,00
2878	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	5909990741366	2017-05-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	96,77	114,42	91,47	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	22,95
2879	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	5909990741465	2017-05-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	91,10	108,47	91,47	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	17,00
2880	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	5909990741472	2017-05-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	180,08	205,89	182,93	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	22,96
2881	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	5909990741595	2017-05-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	350,14	388,77	365,86	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	22,91
2882	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	5909990741861	2017-05-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	27,90	35,03	22,87	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	12,16
2883	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	5909990741878	2017-05-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	54,95	66,51	45,73	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	20,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2884	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	5909990940769	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	59,40	72,82	69,14	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,88
2885	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	5909990940769	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	59,40	72,82	69,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,88
2886	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	5909991250850	2017-03-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	38,88	48,67	41,49	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	10,38
2887	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	5909991250850	2017-03-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	38,88	48,67	41,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,38
2888	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	5909990941247	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	118,80	139,19	138,28	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,11
2889	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	5909990941247	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	118,80	139,19	138,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,11
2890	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	5909991250874	2017-03-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	69,98	85,11	82,97	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,34
2891	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	5909991250874	2017-03-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	69,98	85,11	82,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,34
2892	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	5909990941407	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	237,60	267,93	267,93	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,69
2893	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	5909990941407	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	237,60	267,93	267,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,69
2894	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	100 szt.	5909990940233	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,70	38,15	34,57	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,78
2895	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	100 szt.	5909990940233	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,70	38,15	34,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2896	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	5909990941568	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	475,20	523,35	523,35	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	11,38
2897	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	5909990941568	2018-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	475,20	523,35	523,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38
2898	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990643943	2016-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	45,58	55,70	41,49	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	17,41
2899	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990643943	2016-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	45,58	55,70	41,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,41
2900	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990644001	2016-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	80,14	95,78	82,97	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	16,01
2901	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990644001	2016-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	80,14	95,78	82,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,01
2902	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990644025	2016-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	153,64	176,95	165,94	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	14,42
2903	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990644025	2016-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	153,64	176,95	165,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,42
2904	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990643905	2016-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,07	35,59	20,74	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	18,05
2905	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990643905	2016-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,07	35,59	20,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,05
2906	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990644049	2016-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	301,37	336,07	331,88	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	11,02
2907	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990644049	2016-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	301,37	336,07	331,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2908	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	5909990839643	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	33,98	43,53	41,49	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,24
2909	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	5909990839643	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	33,98	43,53	41,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,24
2910	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	5909990839780	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	67,95	82,97	82,97	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2911	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	5909990839780	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	67,95	82,97	82,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2912	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedł. uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	5909991229160	2016-05-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	103,68	120,49	82,97	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	40,72
2913	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedł. uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	5909991229160	2016-05-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	103,68	120,49	82,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	40,72
2914	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	5909990840038	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	135,91	158,34	158,34	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,41
2915	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	5909990840038	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	135,91	158,34	158,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
2916	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedł. uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	5909991229016	2016-05-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	207,36	233,36	165,94	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	70,83
2917	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedł. uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	5909991229016	2016-05-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	207,36	233,36	165,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	70,83
2918	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	5909990839469	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,99	22,91	20,74	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,37
2919	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	5909990839469	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,99	22,91	20,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2920	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	5909990840182	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	271,81	305,03	305,03	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,83
2921	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	5909990840182	2018-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	271,81	305,03	305,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2922	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	5909991184827	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,69	39,02	39,02	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2923	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	5909991184827	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,69	39,02	39,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2924	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	5909991184865	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	63,44	78,24	78,24	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2925	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	5909991184865	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	63,44	78,24	78,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2926	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	5909991184902	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	134,48	156,83	156,83	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,41
2927	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	5909991184902	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	134,48	156,83	156,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
2928	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	5909991184742	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	17,06	22,98	20,74	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,44
2929	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	5909991184742	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	17,06	22,98	20,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,44
2930	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	5909991184940	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	280,36	314,01	314,01	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,83
2931	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	5909991184940	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	280,36	314,01	314,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2932	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	5909990861194	2018-07-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1270,81	1379,23	1379,20	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,03
2933	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	5909990861200	2018-07-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1919,79	2068,85	2068,80	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,05
2934	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	5909990861187	2018-07-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	949,86	1034,42	1034,40	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,02
2935	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990621026	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,78	11,15	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,83
2936	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990621040	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,12	19,28	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,63
2937	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 20 mg	112 szt. (8 blist.po 14 szt.)	5909991246525	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	17,55	23,78	23,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,89
2938	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 poj.po 14 szt.)	5909991128814	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,46	4,59	3,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	2,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2939	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 40 mg	112 szt. (8 blist.po 14 szt.)	5909991246532	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	35,10	45,15	45,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	22,58
2940	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 poj.po 14 szt.)	5909991128418	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,80	9,07	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,75
2941	Pantoprazolum	Contracid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990736706	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,10	10,44	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,12
2942	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990478767	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,78	4,93	3,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,27
2943	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990478774	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,56	9,87	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,55
2944	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990689842	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,56	9,87	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,55
2945	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990689859	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,12	19,28	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2946	Pantoprazolum	Gastrostad, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	5909990653409	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,48	8,73	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,41
2947	Pantoprazolum	Gastrostad, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	5909990653539	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,88	15,87	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,22
2948	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	5909991245399	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,36	6,51	6,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,26
2949	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	5909991245337	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,74	12,58	12,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,29
2950	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	5909990085033	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,32	10,67	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,35
2951	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	5909990082643	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,20	20,41	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,76
2952	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990645640	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,48	8,73	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2953	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990645732	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,96	17,01	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,36
2954	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	5909990845521	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,28	20,64	20,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,32
2955	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	5909990845552	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	31,16	39,87	39,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	19,94
2956	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	5909990075041	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,00	17,05	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,40
2957	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990075003	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,34	9,64	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,32
2958	Pantoprazolum	Nolpaza 40, tabl. dojel., 40 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	5909990075126	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	26,01	32,67	26,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	19,37
2959	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990075089	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,69	18,82	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2960	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	5909990892761	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,53	6,69	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,37
2961	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 tabl.	5909991186371	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,49	13,36	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,71
2962	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	5909990892853	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,86	12,70	12,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,35
2963	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 tabl.	5909991186418	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,00	25,31	25,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,66
2964	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	5909991046897	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,45	6,60	6,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,30
2965	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 tabl.	5909991046941	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,62	12,45	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,23
2966	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	5909990817184	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,80	6,97	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,65
2967	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	5909990817320	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,61	13,49	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2968	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990698974	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,78	6,95	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,63
2969	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt. (8 blist.po 7 szt.)	5909990698981	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,45	13,33	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,68
2970	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	5909991256890	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,86	11,65	11,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,83
2971	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990699209	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,59	13,47	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,82
2972	Pantoprazolum	Pantogen 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	5909990780587	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,18	13,04	13,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,52
2973	Pantoprazolum	Pantoprazol KRKA, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	5909990943890	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,26	8,50	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,18
2974	Pantoprazolum	Pantoprazol KRKA, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	5909990944095	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,42	16,44	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2975	Pantoprazolum	Pantoprazol Vitama, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	5909991202040	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,92	6,04	6,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,02
2976	Pantoprazolum	Pantoprazol Vitama, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	5909991202101	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,84	11,63	11,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,82
2977	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	5909990793907	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,37	6,52	6,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,26
2978	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	5909990794188	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,75	12,59	12,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,30
2979	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	5909991139759	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,32	6,47	6,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,24
2980	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabletki dojelitowe, 20 mg	56 tabl.	5907553017927	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,51	11,29	11,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,65
2981	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	5909991035631	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,18	13,04	13,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
2982	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabletki dojelitowe, 40 mg	56 tabl.	5907553017934	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,01	21,12	21,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,56
2983	Pantoprazolum	Pantoprazole Mercapharm, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	5909990964673	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,00	6,13	6,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,07
2984	Pantoprazolum	Pantoprazole Mercapharm, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	5909990964765	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,99	11,79	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,90
2985	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990652334	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,15	10,49	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,17
2986	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	5909991069681	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,71	13,60	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,95
2987	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990652372	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,31	20,53	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,88
2988	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990730100	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,80	9,07	6,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2989	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990730179	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,61	17,69	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,04
2990	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990047109	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,66	19,83	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,71
2991	Paroxetinum	Parogen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990425877	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	16,15	20,35	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	11,23
2992	Paroxetinum	Parogen, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	5909990425884	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	32,29	39,26	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	21,02
2993	Paroxetinum	Paroxetine Aurobindo, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990655724	2016-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,86	12,69	12,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,81
2994	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990798346	2016-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,18	13,03	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,91
2995	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990010189	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,12	19,27	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,15
2996	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990010202	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	30,24	37,11	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	18,87
2997	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909991006310	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,23	19,38	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,26
2998	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570515	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	16,20	20,40	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	11,28
2999	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990126217	2017-03-01	3 lata	239.0, Leki chelatujące miedź - penicylamina	28,08	36,40	36,40	Choroba Wilsona		ryczałt	3,20
3000	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	5909990858514	2016-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	4,75	6,99	6,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
3001	Perazinum	Perazin 200mg, tabl., 200 mg	30 szt.	5909991033453	2018-03-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	9,50	13,47	13,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3002	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	5909990858415	2016-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	1,43	1,83	1,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,66
3003	Perazinum	Perazin 25mg, tabl., 25 mg	50 tabl.	5909990914838	2018-01-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	1,99	2,93	2,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,02
3004	Perazinum	Perazin 50mg, tabl., 50 mg	30 szt.	5909991033422	2018-03-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,38	3,49	3,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
3005	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	5909990199518	2016-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	4,75	6,99	6,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
3006	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	5909990202614	2016-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	1,43	1,83	1,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,66
3007	Perindoprilum	Erbugen, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990984954	2018-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,94	7,89	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,46
3008	Perindoprilum	Perindanor, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990957606	2016-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,94	7,89	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,46
3009	Perindoprilum	Perindanor, tabl., 8 mg	30 szt.	5909990957774	2016-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,99	15,57	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,72
3010	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt.	5909991263713	2016-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,86	8,85	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,42
3011	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990569311	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,56	13,79	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,36
3012	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	5909991263904	2016-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	15,69	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,84
3013	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	5909990662494	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,49	25,54	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3014	Perindoprilum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990336081	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,40	37,59	14,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	31,53
3015	Perindoprilum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990337774	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,79	22,83	7,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,80
3016	Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990653614	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,91	8,91	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,48
3017	Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990653621	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	17,50	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,65
3018	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	5909990908165	2016-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,12	17,53	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,10
3019	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 tabl.	5909990908189	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,53	41,29	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	34,01
3020	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	5909990908134	2016-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,12	17,53	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,10
3021	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 tabl.	5909990908158	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,53	41,29	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	34,01
3022	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	5909990908240	2016-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,50	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	23,65
3023	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 tabl.	5909990908264	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,96	80,73	33,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	66,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3024	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	5909990908196	2016-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,50	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	23,65
3025	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 tabl.	5909990908233	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,96	80,73	33,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	66,18
3026	Perindoprilum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990669400	2018-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,50	32,45	14,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,39
3027	Perindoprilum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990669332	2018-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,50	32,45	14,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,39
3028	Perindoprilum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990669387	2018-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,10	21,06	7,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,03
3029	Perindoprilum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990669301	2018-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,10	21,06	7,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,03
3030	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	5906414001860	2016-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,99	12,14	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,71
3031	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	5906414001877	2016-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,98	23,96	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,11
3032	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	5906414001839	2016-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,99	12,14	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,71
3033	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	5906414001846	2016-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,98	23,96	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3034	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	5906414001921	2016-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,98	23,96	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,11
3035	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	5906414001938	2016-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,96	46,77	22,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	37,07
3036	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	5906414001891	2016-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,98	23,96	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,11
3037	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	5906414001907	2016-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,96	46,77	22,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	37,07
3038	Perindoprilum + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	5909991137571	2016-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	29,65	14,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	23,59
3039	Perindoprilum + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	5909991137526	2016-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	29,65	14,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	23,59
3040	Perindoprilum + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	5909991137472	2016-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,12	17,93	7,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,90
3041	Perindoprilum + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	5909991137212	2016-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,12	17,93	7,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,90
3042	Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	5909990850167	2016-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	25,66	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,81
3043	Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990746569	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,44	17,86	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3044	Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990641086	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,44	17,86	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,43
3045	Perindoprilum + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg	30 szt.	5909991050290	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,80	8,18	3,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,86
3046	Perindoprilum + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	5909991050344	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	16,23	7,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,20
3047	Perindoprilum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990707782	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,67	42,07	14,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	36,01
3048	Perindoprilum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990055029	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,14	27,40	7,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,37
3049	Perindoprilum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990715206	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,67	42,07	14,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	36,01
3050	Perindoprilum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990055678	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,14	27,40	7,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,37
3051	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	5909990260614	2016-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	4,27	6,27	6,27	Padaczka		ryczałt	3,20
3052	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990812615	2016-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	4,32	6,33	6,27	Padaczka		ryczałt	3,26
3053	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 IU	12 szt.	5909991260330	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	4,21	6,18	6,17	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	3,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3054	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	12 szt.	5909991216580	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	6,17	6,17	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
3055	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	12 szt.	5909990070916	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	5,83	7,88	6,17	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	4,91
3056	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 tabl.	5909990070923	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	14,53	19,07	16,14	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	6,13
3057	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 IU	12 szt.	5909991260460	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	6,32	9,12	9,12	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
3058	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 IU	30 szt.	5909991260484	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	15,79	21,38	21,38	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
3059	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	12 szt.	5909991217631	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	6,30	9,10	9,10	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
3060	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	12 szt.	5909990071012	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	8,96	11,89	9,26	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	5,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3061	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 tabl.	5909990071029	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	21,38	27,25	23,14	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	7,31
3062	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	5909990363223	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie 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
3063	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	60 ml	5909990363216	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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
3064	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	5909990093519	2016-01-01	3 lata	156.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenytoina	10,80	15,11	15,11	Padaczka		ryczałt	3,20
3065	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990772810	2016-01-01	3 lata	25.0, Witamina K i inne leki hemostatyczne - fytomenadion	16,05	21,72	21,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3066	Pilocarpinum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	5909990237524	2016-01-01	3 lata	211.0, Leki przeciwjaskrowe - parasympatykomimetyki - pilokarpina	6,05	8,76	8,76	Jaskra		30%	2,63
3067	Piribedilum	Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990846320	2016-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,52	26,36	19,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	12,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3068	Posaconazolum	Noxafil, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	5909990335244	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	2539,47	2728,27	2728,27	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	3,20
3069	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0.088 mg	30 szt.	5909990804405	2018-09-01	2 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	15,85	17,96	3,89	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%	15,24
3070	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0.18 mg	100 szt.	5909990804450	2017-05-01	2 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	21,44	28,32	25,92	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%	10,18
3071	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0.18 mg	30 szt.	5909990804443	2018-09-01	2 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	24,41	28,12	7,78	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%	22,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3072	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0.35 mg	100 szt.	5909990804474	2018-09-01	2 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	65,33	77,51	51,84	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%	41,22
3073	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0.35 mg	30 szt.	5909990804467	2018-09-01	2 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	17,52	22,55	15,55	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%	11,67
3074	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0.7 mg	100 szt.	5909990804498	2018-09-01	2 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	118,80	137,65	103,69	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%	65,07
3075	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0.7 mg	30 szt.	5909990804481	2018-09-01	2 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	34,56	42,76	31,11	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%	20,98
3076	Pramipexolum	Oprymea 0,26 mg+ 0,52 mg + 1,05 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	5909991238773	2018-11-01	2 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3077	Pramipexolum	Oprymea 1,05 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.05 mg	30 szt.	5909991238582	2018-11-01	2 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
3078	Pramipexolum	Oprymea 1,57 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.57 mg	30 szt.	5909991238629	2018-11-01	2 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
3079	Pramipexolum	Oprymea 2,1 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2.1 mg	30 szt.	5909991238667	2018-11-01	2 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
3080	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	5909990170715	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	9,72	13,75	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie wątroby u dzieci do 18 roku życia; 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	3,20
3081	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	5909990170616	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-09-01/<3>2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,56	8,32	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	ryczałt	8,32
3082	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	5909990170616	2016-01-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,56	8,32	1,18	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3083	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	5909990405312	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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	ryczałt	11,70
3084	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	5909990405312	2016-11-01	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
3085	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	5909990405411	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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>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	ryczałt	8,54
3086	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	5909990405411	2016-11-01	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
3087	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	5909990641192	2018-11-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2016-09-01/<3>2016-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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>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	ryczałt	5,33
3088	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	5909990641192	2018-11-01	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
3089	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	5909990641185	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 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>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	ryczałt	9,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3090	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	5909990641185	2016-11-01	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
3091	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 kaps. (1 blist.po 14 kaps.)	5909990009350	2018-01-01	3 lata	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	44,24	55,66	53,66	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym		ryczałt	5,20
3092	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 kaps.	5901878600550	2018-09-01	3 lata	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	179,28	205,45	205,45	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym		ryczałt	3,20
3093	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 kaps. (4 blistr.po 14 kaps.)	5909990009367	2018-01-01	3 lata	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	188,02	214,63	214,63	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym		ryczałt	3,20
3094	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 kaps. (1 blist.po 14 kaps.)	5909990009282	2018-01-01	3 lata	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	21,71	28,83	26,83	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym		ryczałt	5,20
3095	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 kaps.	5901878600543	2018-09-01	3 lata	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	89,64	107,33	107,32	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym		ryczałt	3,21
3096	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 kaps. (4 blistr.po 14 kaps.)	5909990009299	2018-01-01	3 lata	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	89,63	107,32	107,32	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym		ryczałt	3,20
3097	Primidonum	Mizodin, tabl., 250 mg	60 szt.	5909990274413	2016-01-01	3 lata	155.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - primidon	15,50	21,04	21,04	Padaczka		ryczałt	3,20
3098	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	5909991076207	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-07-01 - 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	54,40	51,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	6,08
3099	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 tabl.	5909991103231	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2017-07-01 - 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	103,76	103,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3100	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	5909990569380	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-07-01 - 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	25,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	5,84
3101	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	5909990267422	2016-01-01	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
3102	Propafenoni hydrochloridum	Tonicard, tabl. powl., 150 mg	60 tabl.	5909991341558	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2018-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	30.0, Leki przeciwarytmiczne klasy I C - propafenon	11,86	16,44	16,44	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
3103	Propafenonum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	5909990034123	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	30.0, Leki przeciwarytmiczne klasy I C - propafenon	5,29	7,21	5,48	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	4,93
3104	Propranololum	Propranolol Accord, tabletki powlekane, 10 mg	50 tabl.	5909991033507	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	2,95
3105	Propranololum	Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg	50 szt.	5909991033590	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	3,20
3106	Propranololum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990112111	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,25	3,81	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; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	3,81
3107	Propranololum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990112210	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,09	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; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	4,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3108	Pyrantelum	Pyrantelum Polpharma, tabl., 250 mg	3 szt. (1 blist.po 3 szt.)	5909990206414	2016-01-01	3 lata	194.2, Leki przeciwrobacze - pyrantel - stałe postacie farmaceutyczne	5,08	7,44	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3109	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	5909990263516	2016-01-01	3 lata	113.0, Leki przeciwprątkowe - inne - pyrazynamid	60,48	74,35	74,35	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3110	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt. (1 but.po 150 szt.)	5909991014421	2016-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	100,55	119,36	119,36	Miastenia		ryczałt	5,33
3111	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt. (1 but.po 150 szt.)	5909991014421	2016-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	100,55	119,36	119,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	35,81
3112	Quetiapinum	Alcreno / Quetiapine Accord, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	5909990883998	2017-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,20	22,48	22,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,43
3113	Quetiapinum	Alcreno / Quetiapine Accord, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	5909990884032	2018-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	42,47	42,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3114	Quetiapinum	Alcreno / Quetiapine Accord, tabl. powl., 200 mg	30 tabl.	5909990884339	2018-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	42,47	42,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3115	Quetiapinum	Alcreno / Quetiapine Accord, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	5909990884360	2018-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,12	85,02	85,02	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3116	Quetiapinum	Alcreno / Quetiapine Accord, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	5909990883806	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,32	6,52	5,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	4,16
3117	Quetiapinum	Alcreno / Quetiapine Accord, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	5909990884520	2018-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,68	123,31	123,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3118	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg	60 tabl.	5909990910762	2016-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	42,11	52,67	44,50	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3119	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg	60 tabl.	5909990910779	2016-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	84,22	100,87	89,00	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	15,07
3120	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg	30 tabl.	5909990897780	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,07	8,35	5,56	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,99
3121	Quetiapinum	Atrolak, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 tabl.	5909991307479	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	44,71	57,40	57,40	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3122	Quetiapinum	Atrolak, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 tabl.	5909990916474	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,62	75,04	75,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3123	Quetiapinum	Atrolak, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 tabl.	5909990916535	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,42	108,35	108,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3124	Quetiapinum	Atrolak, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 tabl.	5909990916580	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	119,23	141,63	141,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3125	Quetiapinum	Atrolak, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 tabl.	5909991086107	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	11,30	11,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,37
3126	Quetiapinum	Atrolak, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	5909991086138	2017-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	21,12	21,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3127	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	5909990719853	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,34	44,51	44,50	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,21
3128	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	5909990720163	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,92	89,01	89,00	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3129	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	5909990719389	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,07	8,35	5,56	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,99
3130	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	5909990720309	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	111,89	131,93	131,93	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3131	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	5909991326319	2017-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,04	83,88	83,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3132	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	5909991326371	2017-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,68	123,31	123,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3133	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	5909991326432	2017-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	140,40	163,86	163,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3134	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	5909990806362	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,96	50,41	44,50	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,11
3135	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	5909990806386	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,92	96,36	89,00	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,56
3136	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	5909990806355	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,07	8,35	5,56	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,99
3137	Quetiapinum	Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	5909991209858	2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,94	47,24	44,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3138	Quetiapinum	Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	5909991210021	2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,08	68,28	66,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,73
3139	Quetiapinum	Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	5909991210199	2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,44	89,55	89,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,75
3140	Quetiapinum	Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	5909991209728	2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,18	13,12	11,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,19
3141	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990722365	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	48,14	44,50	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,84
3142	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990722426	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	91,82	89,00	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,02
3143	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	5909990722198	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,60	5,56	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,24
3144	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 300 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990722327	2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,40	133,52	133,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,82
3145	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990055562	2016-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,91	50,36	44,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,06
3146	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990055593	2016-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,22	93,52	89,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3147	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990055531	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,89	8,16	5,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,80
3148	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990055630	2016-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,18	137,49	133,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,79
3149	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	5909991219420	2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,68	69,96	66,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,41
3150	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	5909991219468	2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,58	91,80	89,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,00
3151	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	5909991219505	2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,38	133,50	133,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3152	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	5909991219543	2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	151,18	175,18	175,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3153	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	5909991219383	2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,88	25,29	22,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,24
3154	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990058785	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	79,15	74,17	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,18
3155	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990058778	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,76	26,22	22,25	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,17
3156	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990081233	2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,96	50,41	44,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3157	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990058761	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	129,60	151,19	148,33	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,19
3158	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990058754	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,34	48,71	44,50	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,41
3159	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990081196	2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,76	94,09	89,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,29
3160	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990058808	<1>2016-01-01/<2>2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,09	25,90	18,54	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	10,56
3161	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990779062	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,32	132,39	132,39	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3162	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	5909990430857	2016-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,54	44,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,24
3163	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	5909990430888	2016-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	83,16	99,76	89,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,96
3164	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990430840	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,86	8,13	5,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,77
3165	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	5909991219901	2016-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,74	90,92	89,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3166	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	5909991219963	2016-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,10	132,16	132,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3167	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	5909991220020	2016-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,47	173,37	173,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3168	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	5909991219758	2016-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,34	13,29	11,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,36
3169	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	5909990074143	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,80	52,34	44,50	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,04
3170	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	5909990074235	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	83,81	100,44	89,00	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,64
3171	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	5909990074068	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,52	7,78	5,56	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,42
3172	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	5909990074280	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	125,82	146,56	133,50	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,86
3173	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 tabl.	5909991205591	2018-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,54	69,82	66,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,27
3174	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 tabl.	5909991205676	2018-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,38	91,59	89,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,79
3175	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 tabl.	5909991205737	2018-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,08	133,19	133,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3176	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	5909991255367	2016-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,87	25,28	22,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,23
3177	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	5909990688234	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	42,12	52,68	44,50	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,38
3178	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	5909990688272	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,18	76,79	66,75	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,24
3179	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	5909990688296	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	84,24	100,89	89,00	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	15,09
3180	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	5909990688241	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,08	8,36	5,56	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	6,00
3181	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	5909990688265	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	125,76	146,50	133,50	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,80
3182	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	5906414000894	2016-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,70	69,99	66,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,44
3183	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	5909990965373	2016-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	91,82	89,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,02
3184	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	5909990965403	2016-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,40	133,52	133,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,82
3185	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	5909990965441	2016-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	151,20	175,20	175,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3186	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	5909990788590	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,96	50,41	44,50	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,11
3187	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	5909990788651	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,84	95,22	89,00	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,42
3188	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	5909990788583	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,62	7,88	5,56	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,52
3189	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	5909990788675	<1>2016-01-01/<2>2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,83	138,17	133,50	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,47
3190	Quetiapinum	Pinexet SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	5909991218690	2016-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	91,82	89,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,02
3191	Quetiapinum	Pinexet SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	5909991218867	2016-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,40	133,52	133,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,82
3192	Quetiapinum	Pinexet SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	5909991219031	2016-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	151,20	175,20	175,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3193	Quetiapinum	Pinexet SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	5909991218423	2016-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,90	25,32	22,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,27
3194	Quetiapinum	Quentapil, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990717705	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,52	7,78	5,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3195	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	5909990938544	2018-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,85	50,29	44,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,99
3196	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	5909990938704	2018-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,70	96,13	89,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,33
3197	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	5901384806057	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,12	7,36	5,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,00
3198	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	5909990938766	2018-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	119,56	139,99	133,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,29
3199	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	5909990736393	2016-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	48,14	44,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,84
3200	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	5909990736461	2016-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	91,82	89,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,02
3201	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	5909990736492	2016-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,38	133,50	133,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3202	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 tabl.	5909991087180	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,28	87,28	87,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3203	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 tabl.	5909991087258	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	106,92	126,72	126,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3204	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 tabl.	5909991087302	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	142,56	166,13	166,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3205	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 tabl.	5909991087005	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	24,18	22,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,13
3206	Quinaprilum	Accupro 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	5909990707010	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,39	15,17	3,75	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	14,62
3207	Quinaprilum	Accupro 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	5909990707119	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,17	20,19	7,50	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	16,96
3208	Quinaprilum	Accupro 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 tabl.)	5909991080129	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,30	31,18	14,00	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	25,14
3209	Quinaprilum	Accupro 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	5909990706914	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	11,89	1,88	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	11,89
3210	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991125516	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,18	12,85	3,75	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	12,30
3211	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991125615	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,34	18,27	7,50	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	15,04
3212	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990953882	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,26	30,23	15,00	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	23,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3213	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991125417	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	9,06	1,88	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	9,06
3214	Quinaprilum	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909991165710	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	15,60	7,50	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	12,37
3215	Ramiprilum	Ampril 10 mg, tabletki, 10 mg	30 tabletek	5909991340766	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	15,58	15,58	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
3216	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabletki, 10 mg	30 szt.	5909991308971	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,34	16,72	16,72	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
3217	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990571468	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	17,85	17,85	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	12,80
3218	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990571475	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	33,54	33,54	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
3219	Ramiprilum	Ampril 10mg tabletki, tabletki, 10 mg	30 szt.	5909991347420	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	16,15	16,15	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
3220	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990571499	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,21	9,50	9,50	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3221	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990571505	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,96	18,42	18,42	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
3222	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990653379	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,29	19,59	19,59	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
3223	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 2.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990653355	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,60	5,32	5,25	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	3,27
3224	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990653362	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,19	10,37	10,37	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
3225	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990337989	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,59	21,59	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	12,80
3226	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990337958	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,00	5,85	5,63	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	3,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3227	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990337972	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,94	11,32	11,25	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	6,47
3228	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990962020	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,28	18,53	18,53	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
3229	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 2.5 mg	28 szt.	5909990961955	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,42	5,13	5,13	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	3,20
3230	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990961986	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,64	9,79	9,79	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
3231	Ramiprilum	Piramil, tabl., 10 mg	28 szt.	5909991286132	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017.09.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	17,63	17,63	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	11,95
3232	Ramiprilum	Piramil, tabletki, 10 mg	30 tabletek	5909991344603	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	15,58	15,58	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
3233	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990661756	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,31	19,62	19,62	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3234	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990212170	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,72	7,65	5,63	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	5,22
3235	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990212248	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,88	11,25	11,25	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
3236	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990924653	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,71	20,04	20,04	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
3237	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990694655	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,37	21,00	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	12,32
3238	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2.5 mg	28 szt.	5909990924608	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,67	5,38	5,25	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	3,33
3239	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990924646	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,35	10,54	10,50	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	6,01
3240	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990694631	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,88	11,09	10,50	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	6,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3241	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 tabl.	5909991093334	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,15	15,25	15,25	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
3242	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2.5 mg	28 tabl.	5909991093280	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,70	4,38	4,38	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	3,20
3243	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 tabl.	5909991093303	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,13	8,21	8,21	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	5,97
3244	Ramiprilum	Ramipril Billev, tabl., 10 mg	28 szt.	5909991070540	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,69	20,01	20,01	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
3245	Ramiprilum	Ramipril Billev, tabl., 5 mg	28 szt.	5909991070441	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,34	10,53	10,50	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	6,00
3246	Ramiprilum	Ramistad 10, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990017461	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,18	15,28	15,28	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	11,95
3247	Ramiprilum	Ramistad 2,5, tabl., 2.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990017447	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,75	4,43	4,43	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3248	Ramiprilum	Ramistad 5, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990017454	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,56	8,66	8,66	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
3249	Ramiprilum	Ramve 10 mg, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990047987	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,90	20,24	20,24	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
3250	Ramiprilum	Ramve 2,5 mg, kaps. twarde, 2.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990047949	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,46	5,17	5,17	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
3251	Ramiprilum	Ramve 5 mg, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990047963	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,45	10,64	10,50	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	6,11
3252	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990916016	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,37	21,00	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	12,32
3253	Ramiprilum	Tritace 10, tabletki, 10 mg	28 tabl.	5909991367084	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,66	18,93	18,93	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
3254	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990478217	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	10,05	5,25	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	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3255	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990478316	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	13,14	10,50	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	8,61
3256	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	5909991264673	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	15,93	15,93	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
3257	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990610525	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,71	20,04	20,04	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
3258	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	5909997203416	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	17,28	17,28	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	12,80
3259	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	5909997211992	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	17,28	17,28	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	12,80
3260	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991226862	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	17,85	17,85	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	12,80
3261	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990610532	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,88	21,49	21,49	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	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3262	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	5909991004392	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018.01.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	47,09	58,90	58,90	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
3263	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	5909991004378	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018.01.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,77	16,34	16,34	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	9,60
3264	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990610433	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,67	5,38	5,25	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	3,33
3265	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990610440	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,94	5,79	5,63	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	3,36
3266	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990610488	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,35	10,54	10,50	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	6,01
3267	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	5909997212296	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,53	9,84	9,84	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	6,40
3268	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990610495	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,78	11,14	11,14	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3269	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	5909991004385	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2018.01.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,54	30,94	30,94	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
3270	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	5909990936885	2018-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,53	16,39	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,79
3271	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	5909990936854	2018-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,26	8,38	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,08
3272	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	5909990936809	2018-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,53	16,39	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,79
3273	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	5909990936779	2018-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,26	8,38	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,08
3274	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 10+10 mg	30 szt.	5909991142759	2017-03-01	2 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,10	15,93	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,33
3275	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	5909991142728	2017-09-01	2 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,15	30,49	24,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,28
3276	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 10+5 mg	30 szt.	5909991142636	2017-03-01	2 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,05	8,16	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,86
3277	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	5909991142643	2017-09-01	2 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,07	15,89	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,29
3278	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 5+10 mg	30 szt.	5909991142681	2017-03-01	2 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,10	15,93	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,33
3279	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	5909991142674	2017-09-01	2 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,15	30,49	24,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,28
3280	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 5+5 mg	30 szt.	5909991142520	2017-03-01	2 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,05	8,16	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,86
3281	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	5909991142513	2017-09-01	2 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,07	15,89	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,29
3282	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	5903060611542	2018-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,06	15,88	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,28
3283	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	5903060611504	2018-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,14	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3284	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	5903060611467	2018-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,06	15,88	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,28
3285	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	5903060611429	2018-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,14	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,84
3286	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	5909990988334	2017-01-01	2 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,15	15,97	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,37
3287	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	5909990988297	2017-01-01	2 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,07	8,18	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,88
3288	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	5909990988273	2017-01-01	2 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,15	15,97	12,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,37
3289	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	5909990988259	2017-01-01	2 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,07	8,18	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,88
3290	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg	28 szt.	5909990973118	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,34	13,45	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,40
3291	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg	28 szt.	5909990973217	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,58	18,13	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,60
3292	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573233	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,96	16,59	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,74
3293	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573226	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	12,99	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,56
3294	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ramicor Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	5909991144227	2016-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,88	6,66	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,61
3295	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ramicor Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	5909991144234	2016-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,76	13,07	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3296	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ramizek HCT, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	5909991200152	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,48	8,45	5,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,02
3297	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ramizek HCT, tabl., 5+25 mg	30 szt.	5909991200183	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,96	16,59	11,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,74
3298	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990885312	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	10,05	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
3299	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990885411	2016-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	13,14	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,61
3300	Ranitidinum	Ranigast, tabl. powl., 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990206728	2016-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	8,10	11,56	11,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3301	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	5909990085019	2016-01-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	45,36	56,08	45,91	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	10,17
3302	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	5909990084913	2016-01-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	75,60	91,82	91,82	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3303	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	5909990086115	2016-01-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	48,60	60,07	51,88	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	8,19
3304	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	5909990086214	2016-01-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	86,40	103,76	103,76	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3305	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl., 50 mg	56 tabl.	5909990928156	2018-01-01	3 lata	191.0, Leki stosowane w leczeniu stwardnienia zanikowego-bocznego - riluzol	156,60	181,04	181,04	Stwardnienie zanikowe boczne		ryczałt	3,20
3306	Risedronatum natricum	Risendros 35, tabl. powl., 35 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909990082599	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	14,68	18,55	11,94	Osteoporoza	osteoporoza posterydowa - profilaktyka	30%	10,19
3307	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	5909990831258	2016-03-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,48	9,54	9,54	Schizofrenia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3308	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	5909990831265	2016-03-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	16,20	22,87	22,87	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3309	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	5909990690138	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	31,32	40,99	40,99	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3310	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	5909990831272	2016-03-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	32,40	43,00	43,00	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3311	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	5909990831289	2016-03-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	48,60	62,25	62,25	Schizofrenia		ryczałt	3,84
3312	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	5909990831296	2016-03-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	64,80	81,02	81,02	Schizofrenia		ryczałt	5,12
3313	Risperidonum	Ranperidon, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990075157	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	9,40	13,61	13,61	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3314	Risperidonum	Ranperidon, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990075164	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	18,79	25,59	25,59	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3315	Risperidonum	Ranperidon, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990075171	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	28,19	37,14	37,14	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3316	Risperidonum	Ranperidon, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990075188	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	37,58	48,44	48,44	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3317	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990044481	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,86	9,94	9,72	Schizofrenia		ryczałt	3,42
3318	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990044344	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	14,23	19,43	19,43	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3319	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990044252	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	22,25	29,22	29,15	Schizofrenia		ryczałt	3,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3320	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990044146	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	30,24	38,73	38,73	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3321	Risperidonum	Risperidone Farmax, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	5909991213060	2018-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,40	8,41	8,41	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3322	Risperidonum	Risperidone Farmax, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	5909991213084	2018-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	10,80	15,83	15,83	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3323	Risperidonum	Risperidone Farmax, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	5909991213107	2018-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	16,20	22,87	22,87	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3324	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990336524	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,32	10,43	9,72	Schizofrenia		ryczałt	3,91
3325	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990336548	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	22,00	28,96	28,96	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3326	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990336487	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,02	20,26	19,43	Schizofrenia		ryczałt	4,03
3327	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990336500	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	45,82	57,09	57,09	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3328	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990336555	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	21,98	28,94	28,94	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3329	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990336579	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	72,85	87,71	87,44	Schizofrenia		ryczałt	4,11
3330	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990336586	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	29,30	37,75	37,75	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3331	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990336609	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	97,41	115,26	115,26	Schizofrenia		ryczałt	5,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3332	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 1 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990670413	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,33	10,44	9,72	Schizofrenia		ryczałt	3,92
3333	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	5909990423828	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	36,86	46,80	46,80	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3334	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 2 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990670512	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,03	20,27	19,43	Schizofrenia		ryczałt	4,04
3335	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 3 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990670611	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	21,99	28,95	28,95	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3336	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990670710	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	29,31	37,76	37,76	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3337	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	5909991058227	2016-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	288,90	323,43	319,26	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	7,37
3338	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	5909991058128	2016-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	433,35	478,89	478,89	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3339	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	5909991058029	2016-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	577,80	634,36	634,36	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3340	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 1 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990567683	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,18	10,28	9,72	Schizofrenia		ryczałt	3,76
3341	Risperidonum	Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but.po 100 ml	5909990721405	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	36,86	46,80	46,80	Schizofrenia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3342	Risperidonum	Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but.po 30 ml	5909990721399	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	10,69	14,96	14,57	Schizofrenia		ryczałt	3,59
3343	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 2 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990567737	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,23	20,48	19,43	Schizofrenia		ryczałt	4,25
3344	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 3 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990567935	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	23,00	30,01	29,15	Schizofrenia		ryczałt	4,06
3345	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990568031	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	30,78	39,30	38,86	Schizofrenia		ryczałt	3,64
3346	Risperidonum	Speridan 1 mg, tabl. powl., 1 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990567836	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,40	8,41	8,41	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3347	Risperidonum	Speridan 2 mg, tabl. powl., 2 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990567881	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	10,80	15,83	15,83	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3348	Risperidonum	Speridan 3 mg, tabl. powl., 3 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990567980	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	16,20	22,87	22,87	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3349	Risperidonum	Speridan 4 mg, tabl. powl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990568147	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	21,60	29,66	29,66	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3350	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990034932	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,05	9,09	9,09	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3351	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990680849	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,39	19,29	19,29	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3352	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990034994	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,10	17,20	17,20	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3353	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990680863	2016-01-01	3 lata	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	26,78	36,22	36,22	Schizofrenia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3354	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl., 10 mg	10 szt.	5909990658145	2018-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	83,16	94,99	40,17	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe 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	58,02
3355	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	5909990910601	2018-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	116,42	133,99	84,35	<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%	74,95
3356	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	5909990910663	2018-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	349,27	384,65	253,04	<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%	207,52
3357	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	5909990910700	2018-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	116,42	135,58	112,46	<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%	56,86
3358	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24h	30 szt.	5909991078386	2016-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	64,80	71,92	14,67	Choroba Alzheimera		30%	61,65
3359	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	5909991078454	2016-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	140,40	153,61	30,30	Choroba Alzheimera		30%	132,40
3360	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13.3 mg/24h	30 sasz.	5909991032609	2016-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	267,04	288,06	42,42	Choroba Alzheimera		30%	258,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3361	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4.6 mg/24h	30 sasz.	5909990066704	2016-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	97,63	106,39	14,67	Choroba Alzheimera		30%	96,12
3362	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 sasz.	5909990066766	2016-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	192,78	208,61	30,30	Choroba Alzheimera		30%	187,40
3363	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	5909990700646	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,12	17,41	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,11
3364	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1.5 mg	28 szt.	5909990700660	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,12	17,41	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,11
3365	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	5909990700684	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,98	25,87	9,43	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	19,27
3366	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	5909990700691	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,98	25,87	9,43	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	19,27
3367	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	5909990700721	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	47,54	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,34
3368	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990700707	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	43,96	50,72	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	37,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3369	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	5909990700738	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	32,94	38,39	14,14	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	28,49
3370	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg	28 szt.	5909990700745	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	32,94	38,39	14,14	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	28,49
3371	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg	56 szt.	5909990700769	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	70,46	28,28	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	50,66
3372	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	5909990700752	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	65,88	75,11	28,28	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	55,31
3373	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990700790	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	43,96	50,72	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	37,52
3374	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	5909990700806	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	43,96	50,72	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	37,52
3375	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	5909990700851	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	93,16	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	66,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3376	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990700844	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	87,91	99,40	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	73,00
3377	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	5909990782048	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,50	13,62	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	10,32
3378	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg	56 szt.	5909990782055	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	23,00	26,94	9,43	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	20,34
3379	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	5909990782079	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	22,52	26,44	9,43	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	19,84
3380	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990782086	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	44,82	51,62	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	38,42
3381	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	5909990782147	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	33,59	39,07	14,14	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	29,17
3382	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	5909990782154	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	67,18	76,47	28,28	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	56,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3383	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990782178	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	45,90	52,76	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	39,56
3384	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990782185	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	89,75	101,33	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	74,93
3385	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990816255	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	42,12	48,79	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,59
3386	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	5909990816262	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,59	36,97	14,14	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,07
3387	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	5909990816279	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	63,18	72,28	28,28	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,48
3388	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990816286	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	42,12	48,79	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,59
3389	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990816293	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	84,24	95,54	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	69,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3390	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	5909990982981	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	7,55	9,46	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	6,16
3391	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	5909990983162	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,07	18,61	9,43	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	12,01
3392	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990983179	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,13	36,20	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	23,00
3393	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	5909990983308	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	22,59	27,52	14,14	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,62
3394	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	5909990983322	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	45,19	53,40	28,28	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	33,60
3395	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990983506	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,13	36,20	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	23,00
3396	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990983544	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	60,26	70,36	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	43,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3397	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	5909990778898	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,56	13,67	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	10,37
3398	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	5909990778935	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,28	20,93	9,43	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,33
3399	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990778942	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	32,40	38,58	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	25,38
3400	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	5909990778966	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	23,76	28,75	14,14	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,85
3401	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	5909990778973	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	46,44	54,70	28,28	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,90
3402	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990778997	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	36,31	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	23,11
3403	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990779000	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	70,59	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	44,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3404	Rivastigminum	Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	5909990886296	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	20,52	24,34	9,43	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,74
3405	Rivastigminum	Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990886302	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	41,04	47,65	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,45
3406	Rivastigminum	Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	5909990886364	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,78	36,12	14,14	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,22
3407	Rivastigminum	Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990886401	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	41,04	47,65	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,45
3408	Rivastigminum	Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990886425	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	82,08	93,27	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	66,87
3409	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	5909990803156	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	10,26	12,30	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	9,00
3410	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	5909990803545	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	15,12	18,67	9,43	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	12,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3411	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990803569	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	36,31	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	23,11
3412	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	5909990803781	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	22,68	27,61	14,14	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,71
3413	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	5909990803804	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	45,36	53,57	28,28	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	33,77
3414	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990804085	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	36,31	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	23,11
3415	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990804108	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-09-01 - 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	70,59	37,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	44,19
3416	Rivastigminum	Rivastigmine Teva, system transdermalny, plaster, 13,3 mg/24 h	30 szt.	5909991239091	2017-03-01	5 lat	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	181,44	198,18	42,42	Choroba Alzheimera		30%	168,49
3417	Rivastigminum	Rivastigmine Teva, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24h	30 szt.	5909991078232	2018-01-01	5 lat	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	64,80	71,92	14,67	Choroba Alzheimera		30%	61,65
3418	Rivastigminum	Rivastigmine Teva, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	5909991078263	2018-01-01	5 lat	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	133,38	146,24	30,30	Choroba Alzheimera		30%	125,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3419	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24 h	30 szt.	5909991067595	2018-09-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	64,53	71,64	14,67	Choroba Alzheimera		30%	61,37
3420	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	5909991067632	2016-03-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	129,60	142,27	30,30	Choroba Alzheimera		30%	121,06
3421	Rivastigminum	Symelon, kaps. twarde, 1,5 mg	28 kaps.	5909990973392	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	7,24	9,13	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	5,83
3422	Rivastigminum	Symelon, kaps. twarde, 3 mg	28 kaps.	5909990973545	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,47	17,97	9,43	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,37
3423	Rivastigminum	Symelon, kaps. twarde, 4,5 mg	28 kaps.	5909990973774	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,71	26,60	14,14	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	16,70
3424	Rivastigminum	Symelon, kaps. twarde, 6 mg	28 kaps.	5909990973880	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,94	34,95	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,75
3425	Rivastigminum	Vergesin, kapsułki twarde, 1,5 mg	28 kaps.	5909991062170	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	7,29	9,18	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	5,88
3426	Rivastigminum	Vergesin, kapsułki twarde, 3 mg	28 kaps.	5909991062385	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,69	18,21	9,43	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3427	Rivastigminum	Vergesin, kapsułki twarde, 4,5 mg	28 kaps.	5909991062590	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	22,03	26,93	14,14	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,03
3428	Rivastigminum	Vergesin, kapsułki twarde, 6 mg	28 kaps.	5909991062781	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	29,32	35,35	18,86	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	22,15
3429	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990877683	2016-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	21,60	28,27	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,34
3430	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990878000	2016-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	43,47	54,26	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,39
3431	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990878086	2016-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	91,42	108,61	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	40,86
3432	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990992607	2016-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	32,40	39,61	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	22,68
3433	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990992683	2016-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	64,80	76,66	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	42,79
3434	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990992775	2016-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	129,60	148,70	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	80,95
3435	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0.25 mg	210 szt.	5909990731954	2016-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,16	38,08	22,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	22,20
3436	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0.5 mg	21 szt.	5909990731985	2016-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	6,23	8,08	4,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,90
3437	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	5909990732074	2016-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	12,31	15,75	9,07	Choroba i zespół Parkinsona		30%	9,40
3438	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	5909990732227	2016-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	23,76	29,54	18,15	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3439	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	5909990732333	2016-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	49,68	60,45	45,36	Choroba i zespół Parkinsona		30%	28,70
3440	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990998586	2018-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	27,00	33,94	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	17,01
3441	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990998982	2018-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	55,08	66,45	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	32,58
3442	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990999156	2018-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	105,84	123,75	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	56,00
3443	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909991049294	2016-05-01	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
3444	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909991049355	2016-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	57,24	68,72	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,85
3445	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909991049393	2016-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	114,48	132,82	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	65,07
3446	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990990085	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
3447	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990990092	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
3448	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990990108	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
3449	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990988198	2018-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,65	38,82	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,89
3450	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990988204	2018-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,30	75,09	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3451	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990988242	2018-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	126,61	145,56	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	77,81
3452	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990983582	2016-11-01	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
3453	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990983803	2016-11-01	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
3454	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990983971	2016-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	127,44	146,43	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	78,68
3455	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0.5 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990013685	2016-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,89	7,72	4,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,54
3456	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990013890	2016-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	11,79	15,20	9,07	Choroba i zespół Parkinsona		30%	8,85
3457	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990013586	2016-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	23,59	29,37	18,15	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,67
3458	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990013968	2016-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,97	70,21	45,36	Choroba i zespół Parkinsona		30%	38,46
3459	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990644728	2016-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	33,26	40,51	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	23,58
3460	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990644612	2016-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	66,53	78,49	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	44,62
3461	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990644636	2016-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	133,06	152,33	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	84,58
3462	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990855766	2016-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	32,24	39,44	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	22,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3463	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	5909991033781	2018-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	93,53	108,90	72,58	Choroba i zespół Parkinsona		30%	58,09
3464	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990855773	2016-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	64,26	76,09	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	42,22
3465	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	5909991033798	2018-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	187,06	211,08	145,16	Choroba i zespół Parkinsona		30%	109,47
3466	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990855780	2016-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	128,52	147,57	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	79,82
3467	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	5909991033804	2018-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	374,11	411,49	290,33	Choroba i zespół Parkinsona		30%	208,26
3468	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 tabl.	5909990963874	2018-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,27	38,42	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,49
3469	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 tabl.	5909990964239	2018-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	62,53	74,28	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	40,41
3470	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 tabl.	5909990964321	2018-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	125,06	143,93	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	76,18
3471	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 10 mg	28 tabl.	5909991264918	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,44	8,03	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,12
3472	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 10 mg	30 tabl.	5909991264925	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,83	8,57	7,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,31
3473	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 20 mg	28 tabl.	5909991264994	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,89	15,36	14,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,53
3474	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 20 mg	30 tabl.	5909991265007	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,66	16,34	15,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3475	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 40 mg	28 tabl.	5909991265076	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,77	29,00	28,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,34
3476	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 40 mg	30 tabl.	5909991265083	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,33	30,91	30,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,85
3477	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 5 mg	28 tabl.	5909991264840	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,72	4,07	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,61
3478	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 5 mg	30 tabl.	5909991264857	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,92	4,37	3,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,74
3479	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991021184	2017-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,70	8,31	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,40
3480	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909991021337	2017-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,56	16,07	14,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,24
3481	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909991021375	2017-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,66	29,93	28,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,27
3482	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991000141	2018-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,02	10,74	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,83
3483	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909991000158	2018-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,69	20,40	14,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,57
3484	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909991000165	2018-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,11	30,41	28,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,75
3485	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991000103	2018-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,70	6,15	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,69
3486	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990919604	2018-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,12	8,88	7,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3487	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990919659	2018-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,42	17,14	15,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,61
3488	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990919673	2018-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,52	32,15	30,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,09
3489	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909990919574	2018-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,07	4,52	3,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,89
3490	Rosuvastatinum	Rosugen, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990921997	2018-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,44	8,03	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,12
3491	Rosuvastatinum	Rosugen, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990922185	2018-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,89	15,36	14,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,53
3492	Rosuvastatinum	Rosugen, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909990922406	2018-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,77	29,00	28,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,34
3493	Rosuvastatinum	Rosugen, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990921805	2018-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,72	4,07	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,61
3494	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991085674	2017-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,79	8,40	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,49
3495	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	5909991085698	2016-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,60	16,11	14,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,28
3496	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909991085759	2017-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,58	16,09	14,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,26
3497	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	5909991085773	2016-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,19	30,49	28,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,83
3498	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909991085841	2017-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,16	30,46	28,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3499	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	5909991085865	2016-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	46,40	58,07	56,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,75
3500	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991085599	2016-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,89	4,24	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,78
3501	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	5909991085636	2016-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,80	8,41	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,50
3502	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990895250	2016-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,50	16,50	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,59
3503	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 10 mg	90 tabl.	5909990895304	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,57	24,90	22,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,10
3504	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 15 mg	28 szt.	5909990895380	2016-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,31	18,26	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,89
3505	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	5909990895403	2018-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,27	31,66	21,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,92
3506	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 15 mg	90 tabl.	5909990895458	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,85	36,13	33,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,44
3507	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 20 mg	28 szt.	5909990895533	2016-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,44	24,34	14,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,51
3508	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	5909990895588	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	37,13	47,34	45,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,74
3509	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 30 mg	28 szt.	5909990895663	2016-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,89	33,37	21,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,63
3510	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	5909990895687	2018-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	50,54	61,03	42,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3511	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 30 mg	90 tabl.	5909990895724	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	55,70	68,84	67,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,45
3512	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990895786	2016-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	38,88	46,96	28,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,30
3513	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	5909990895892	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	74,26	90,27	90,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,08
3514	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990895106	2016-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,94	9,55	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,09
3515	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	5909990895182	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,29	13,18	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,28
3516	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990791743	2016-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,81	8,42	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,51
3517	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990791873	2016-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,61	16,12	14,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,29
3518	Rosuvastatinum	Suvardio, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	5909990792009	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,84	30,12	28,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,46
3519	Rosuvastatinum	Suvardio, tabletki powlekane, 5 mg	28 szt.	5909990791606	2018-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,85	4,20	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,74
3520	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990802623	2016-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,72	8,32	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,41
3521	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	5909990802647	2016-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,50	16,02	14,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,19
3522	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	5909991333959	2017-11-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,59	12,25	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3523	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	5909991333973	2017-11-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,16	23,17	21,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,43
3524	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990802685	2018-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,87	17,44	14,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,61
3525	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	5909990802708	2016-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	29,95	28,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,29
3526	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	5909991334062	2017-11-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,16	23,17	21,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,43
3527	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	5909991334086	2017-11-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,33	44,01	42,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,52
3528	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909990802753	2017-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	29,95	28,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,29
3529	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	5909990802777	2016-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	45,36	56,98	56,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,66
3530	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990802562	2016-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,86	4,21	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,75
3531	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	5909990802586	2016-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,72	8,32	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,41
3532	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990777785	2016-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,74	9,40	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,49
3533	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 15 mg	56 tabl.	5997001369333	2018-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,14	23,14	21,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,40
3534	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 15 mg	90 tabl.	5909991347079	2018-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,54	35,81	33,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3535	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990777839	2016-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,45	18,05	14,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,22
3536	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 30 mg	56 tabl.	5997001369340	2018-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,27	43,93	42,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,44
3537	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 30 mg	90 tabl.	5909991347109	2018-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	55,08	68,18	67,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,79
3538	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	5909990847914	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,02	18,73	6,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,70
3539	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	5909990848010	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,28	20,78	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,23
3540	Roxithromycinum	Rulid, tabl. powl., 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990085910	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,52	24,19	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,64
3541	Roxithromycinum	Rulid, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990785919	2016-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,88	15,35	9,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,61
3542	Roxithromycinum	Xitrocin, tabl. powl., 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990971718	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	18,52	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,97
3543	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg	1 poj.a 200 dawek	5909990848065	2018-03-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,75	12,46	12,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3544	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	5909991106928	2016-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	22,24	26,62	12,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,31
3545	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	5909991107826	2016-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	37,30	44,37	25,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,68
3546	Salbutamolum	Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.po 8,5 g (200 daw.)	5909990764150	2016-05-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,75	12,46	12,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3547	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	5909990317516	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-01-01 - 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
3548	Salbutamolum	Ventolin, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	20 amp.po 2,5 ml	5909990454013	2016-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	14,04	15,48	2,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,48
3549	Salbutamolum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	5909990442010	2016-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,80	12,51	12,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3550	Salbutamolum	Ventolin, roztwór do nebulizacji, 2 mg/ml	20 amp.po 2,5 ml	5909990454112	2016-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	17,25	19,59	5,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,79
3551	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg	120 szt. (12 blist.po 10 szt. + inhalator)	5909991206390	2018-07-01	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
3552	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	5909991109424	2016-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	49,03	61,03	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,99
3553	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt. (9 blist.po 10 szt.) + inhalator	5909991109431	2016-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	73,55	89,30	85,85	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,25
3554	Salmeterolum	Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę	120 dawek	5909990867653	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
3555	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	5909990623099	2016-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	62,42	75,10	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,06
3556	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	5909990437825	2016-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	64,15	76,91	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,87
3557	Selegilinum	Segan, tabl., 5 mg	60 szt.	5909990746026	2016-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	15,98	21,64	21,64	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	6,40
3558	Selegilinum	Selgres, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	5909990404315	2016-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	13,50	18,48	18,03	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	5,78
3559	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 12 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991089313	2016-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	241,32	271,80	271,80	Schizofrenia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3560	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 16 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991089412	2016-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	321,75	358,21	358,21	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3561	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991089214	2016-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	80,44	97,18	97,18	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3562	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	5909991106904	2016-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	19,42	25,75	25,75	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,73
3563	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909991106898	2016-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,71	13,59	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,47
3564	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	5909990963317	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	27,00	33,45	24,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,43
3565	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909990963218	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,58	18,51	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,00
3566	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990422685	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	21,82	28,27	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,03
3567	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990422692	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,61	13,48	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,36
3568	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	5909990804368	2016-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	18,36	24,64	24,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,39
3569	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990804344	2016-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,18	13,03	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,91
3570	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	5909991279615	2017-11-01	5 lat	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,69	19,47	19,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,84
3571	Sertralinum	Sastium, tabletki powlekane, 100 mg	30 tabl.	5909991279622	2018-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,67	20,76	20,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,23
3572	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	5909991279660	2017-11-01	5 lat	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	41,08	53,04	53,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3573	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909991279516	2017-11-01	5 lat	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	6,85	10,39	10,39	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,12
3574	Sertralinum	Sastium, tabletki powlekane, 50 mg	30 tabl.	5909991279523	2018-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,33	11,09	11,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,33
3575	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	5909991279561	2017-11-01	5 lat	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	20,54	28,12	28,12	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,44
3576	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	5909990046621	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	16,20	22,11	22,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,63
3577	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909990046690	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,10	11,71	11,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,51
3578	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	5909990919987	2018-03-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,98	22,14	22,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,64
3579	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990919888	2018-03-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,99	11,78	11,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,53
3580	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	5909990663163	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	18,58	24,86	24,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,46
3581	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990663040	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,29	13,14	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,02
3582	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990571963	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	21,38	27,81	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,57
3583	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990571925	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,72	13,60	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,48
3584	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990994816	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,71	19,89	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3585	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990753215	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	28,08	34,58	24,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,56
3586	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990753116	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,12	19,08	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,57
3587	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990569472	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	28,08	34,58	24,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,56
3588	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990013982	2016-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,12	19,08	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,57
3589	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990618279	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,43	7,62	2,51	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%	5,86
3590	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990618286	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,39	13,69	5,02	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%	10,18
3591	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990618293	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,90	22,95	10,03	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%	15,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3592	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990649532	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	7,97	4,68	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 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%	4,69
3593	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909991048488	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,38	4,22	4,22	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%	1,27
3594	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990649655	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	15,64	9,36	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%	9,09
3595	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909991048495	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,75	8,09	8,09	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%	2,43
3596	Simvastatinum	Simorion, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990793853	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	4,61	2,34	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%	2,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3597	Simvastatinum	Simorion, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990794140	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	7,86	4,68	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 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%	4,58
3598	Simvastatinum	Simorion, tabl. powl., 20 mg	98 szt.	5909990794157	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,36	23,61	16,38	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%	12,14
3599	Simvastatinum	Simorion, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909990794089	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	14,27	9,36	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%	7,72
3600	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991019723	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	7,05	2,34	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%	5,41
3601	Simvastatinum	Simratio 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991019822	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	14,09	4,68	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 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%	10,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3602	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991019945	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	26,74	9,36	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%	20,19
3603	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990940110	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,86	6,96	2,34	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%	5,32
3604	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990940219	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	12,96	4,68	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 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%	9,68
3605	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990940318	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	26,06	9,36	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%	19,51
3606	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990941025	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,67	4,65	2,34	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%	3,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3607	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990941124	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,34	9,33	4,68	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 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%	6,05
3608	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990941223	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,69	18,35	9,36	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%	11,80
3609	Simvastatinum	Simvacor, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990336623	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,40	6,54	2,51	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%	4,78
3610	Simvastatinum	Simvacor, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990336630	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	13,07	5,02	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%	9,56
3611	Simvastatinum	Simvagamma 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991146016	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,10	5,18	2,51	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%	3,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3612	Simvastatinum	Simvagamma 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991146115	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	10,24	5,02	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%	6,73
3613	Simvastatinum	Simvagamma 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991146214	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	21,81	10,03	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%	14,79
3614	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990743650	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,35	7,24	4,68	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 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%	3,96
3615	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990743667	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,69	14,15	9,36	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%	7,60
3616	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990623273	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,32	7,51	2,51	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%	5,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3617	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990623297	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,64	15,00	5,02	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%	11,49
3618	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990623334	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,60	25,78	10,03	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%	18,76
3619	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990723591	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,02	3,99	2,34	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%	2,35
3620	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990723812	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,32	6,16	4,68	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 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%	2,88
3621	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990723829	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,54	6,50	5,02	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%	2,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3622	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909990724031	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,64	12,00	9,36	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%	5,45
3623	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5907553016012	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,75	6,61	4,68	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 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%	3,33
3624	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5907553016029	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,64	12,00	9,36	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%	5,45
3625	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	5909990706464	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,60	6,45	6,45	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%	1,94
3626	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990706396	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	1,07	1,93	1,93	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%	0,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3627	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990706402	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	1,07	1,99	1,99	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%	0,60
3628	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 20 mg	100 szt.	5909990706594	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,19	11,94	11,94	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%	3,58
3629	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990706532	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,15	3,88	3,88	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%	1,16
3630	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990706549	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,15	3,99	3,99	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%	1,20
3631	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 40 mg	100 szt.	5909990706693	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,40	21,95	21,95	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%	6,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3632	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909990706631	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,31	7,46	7,46	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%	2,24
3633	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990706648	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,31	7,63	7,63	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%	2,29
3634	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990927616	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	7,16	2,34	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%	5,52
3635	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990927715	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	14,33	4,68	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 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%	11,05
3636	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990927838	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,19	28,33	9,36	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%	21,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3637	Simvastatinum	Sistat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991261139	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017.09.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	0,99	1,85	1,85	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%	0,56
3638	Simvastatinum	Sistat, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909991261184	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017.09.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	1,99	3,72	3,72	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%	1,12
3639	Simvastatinum	Sistat, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909991261238	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017.09.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,99	7,12	7,12	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%	2,14
3640	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990914012	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	6,36	2,34	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%	4,72
3641	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990914111	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,72	13,93	4,68	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 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3642	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909990982714	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,25	22,09	9,36	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%	15,54
3643	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991073114	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,27	6,34	2,34	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
3644	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991073213	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,67	12,82	4,68	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 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%	9,54
3645	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990935116	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	6,99	2,51	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%	5,23
3646	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990055722	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,69	12,84	4,68	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 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%	9,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3647	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990935215	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,45	13,75	5,02	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%	10,24
3648	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990935314	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	23,06	10,03	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%	16,04
3649	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990365913	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,50	10,79	2,34	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%	9,15
3650	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990366026	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,52	17,92	4,68	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 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%	14,64
3651	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990769124	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,98	28,10	9,36	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%	21,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3652	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	5909990985210	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01<2>2018-07-01/<3>2017-01-01/<4>2017-09-01/<5>2017-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4><5>2 lata - dla kolumny 13	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	461,47	509,15	509,15	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epitelioidnych 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 gumiastych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza	ryczałt	3,20
3653	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml (but.+30 strzyk.)	5909990893645	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01<2>2018-07-01/<3>2017-01-01/<4>2017-09-01/<5>2017-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4><5>2 lata - dla kolumny 13	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	937,18	1020,77	1018,30	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epitelioidnych 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 gumiastych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza	ryczałt	5,67
3654	sole rehydratacyjne	Gastrolit, proszek do sporządzania roztworu	15 sasz.po 4,15 g	5909990012312	2016-01-01	3 lata	9.0, Elektrolity do podawania doustnego	6,65	9,57	9,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3655	Solifenacinum	Vesicare 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990215584	2018-07-01	2 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	96,12	111,21	68,11	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	63,53
3656	Solifenacinum	Vesicare 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990215553	2018-07-01	2 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	70,87	81,25	34,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	57,41
3657	Sotalolum	Biosotal 40, tabl., 40 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990365715	2016-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	7,58	9,87	6,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,18
3658	Sotalolum	Biosotal 80, tabl., 80 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990365616	2016-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	7,27	9,53	6,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,84
3659	Sotalolum	SotaHEXAL 160, tabl., 160 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990309115	2016-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	11,34	14,32	8,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,07
3660	Sotalolum	SotaHEXAL 40, tabl., 40 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909991014711	2016-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	2,43	3,19	2,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3661	Sotalolum	SotaHEXAL 80, tabl., 80 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990309016	2016-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	6,21	7,79	4,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,67
3662	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 1.5 mln j.m.	16 szt.	5909997197821	2016-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	15,25	14,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,96
3663	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 1.5 mln j.m.	16 szt. (2 blist.po 8 szt.)	5909990098613	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,09	19,63	14,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,34
3664	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m.	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	5909990692118	2016-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,47	23,75	18,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,64
3665	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	5909990965977	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	16,74	22,24	21,22	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%	7,39
3666	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	5909990965861	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,12	20,02	17,69	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%	7,64
3667	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	5909990965854	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	7,02	8,95	5,31	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%	5,23
3668	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	5909990965885	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	27,54	35,37	35,37	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%	10,61
3669	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	5909990965878	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,18	12,51	10,61	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%	5,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3670	Spironolactonum	Ismian, tabl. powl., 100 mg	20 tabl.	5909991277192	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,53	13,62	13,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,09
3671	Spironolactonum	Ismian, tabl. powl., 100 mg	30 tabl.	5909991277208	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	14,30	19,68	19,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	5,90
3672	Spironolactonum	Ismian, tabl. powl., 25 mg	100 tabl.	5909991277123	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	11,91	16,65	16,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	5,00
3673	Spironolactonum	Ismian, tabl. powl., 25 mg	20 tabl.	5909991277079	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	2,38	3,54	3,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	1,06
3674	Spironolactonum	Ismian, tabl. powl., 25 mg	30 tabl.	5909991277086	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	3,56	5,32	5,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	1,60
3675	Spironolactonum	Ismian, tabl. powl., 50 mg	30 tabl.	5909991277147	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2018.03.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	7,15	10,38	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,11
3676	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	5909990110223	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	18,68	23,75	17,69	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%	11,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3677	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	5909990110216	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	5,35	6,67	3,54	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%	4,19
3678	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909991244651	2016-07-01 - dla kolumny 12, <1>2017-09-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,10	11,38	10,61	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%	3,95
3679	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	5909991244668	2016-07-01 - dla kolumny 12, <1>2017-09-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	16,20	21,67	21,22	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%	6,82
3680	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	5909990673124	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	10,04	14,15	14,15	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%	4,25
3681	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	5909990488513	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,66	21,10	21,10	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%	6,33
3682	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	5909990117215	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	5,40	6,72	3,54	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%	4,24
3683	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	5909990488414	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-03-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,72	13,08	10,61	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%	5,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3684	Styrypentol	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 kaps.	5909990017232	2017-01-01	2 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	680,40	744,78	737,60	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	10,38
3685	Styrypentol	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	5909990017294	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	680,40	744,78	737,60	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	10,38
3686	Styrypentol	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 kaps.	5909990017263	2017-01-01	2 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1360,80	1475,20	1475,20	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
3687	Styrypentol	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	5909990017331	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-05-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1360,80	1475,20	1475,20	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	3,20
3688	Sucralfatum	Ulgastran, zawiesina doustna, 1 g/5 ml	250 ml (1 but.po 250 ml)	5909990164615	2016-01-01	3 lata	3.2, Leki działające ochronnie na śluzówkę żołądka - sukralfat - płynne postacie farmaceutyczne	15,12	20,56	20,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,28
3689	Sucralfatum	Venter, tabl., 1 g	50 szt.	5909990242818	2016-01-01	3 lata	3.1, Leki działające ochronnie na śluzówkę żołądka - sukralfat - stałe postacie farmaceutyczne	15,57	21,12	21,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,56
3690	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	5909990312610	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	8,86	12,59	12,59	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%	6,30
3691	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	5909990117819	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	8,93	12,68	12,59	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3692	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	5909990117529	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	8,53	10,54	5,10	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%	7,99
3693	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	5909991232092	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	10,79	15,98	15,98	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%	7,99
3694	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	5909990117611	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	15,01	20,41	20,41	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%	10,21
3695	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990117710	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	15,12	20,53	20,41	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%	10,33
3696	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt.)	5909990864423	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	45,36	57,20	57,20	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
3697	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt.)	5909990864423	2016-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	45,36	57,20	57,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,16
3698	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt. (1 poj.po 50 szt.)	5909990864416	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	24,41	31,93	30,14	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,99
3699	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt. (1 poj.po 50 szt.)	5909990864416	2016-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	24,41	31,93	30,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3700	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	5909990283323	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	48,28	60,27	60,27	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
3701	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	5909990283323	2016-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	48,28	60,27	60,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,08
3702	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	5909990283316	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	24,25	31,76	30,14	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,82
3703	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	5909990283316	2016-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	24,25	31,76	30,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,66
3704	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990283217	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	30,11	30,11	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
3705	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990283217	2016-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	22,68	30,11	30,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,03
3706	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt. (2 blist.po 12 szt.)	5909990159314	2016-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,48	6,16	5,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,05
3707	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	12 szt. (1 blist.po 12 szt.)	5909990159413	2016-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	5,54	5,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,43
3708	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990159437	2016-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,32	11,98	11,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3709	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt. (2 blist.po 12 szt.)	5909990159512	2016-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,46	4,36	2,56	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,80
3710	Sultamicillinum	Unasyn, tabl. powl., 375 mg	12 szt.	5909990065110	2016-01-01	3 lata	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	29,16	32,74	6,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,32
3711	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.5 mg	30 szt.	5909990051052	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	48,44	60,75	60,75	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
3712	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	5909990051076	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	102,60	121,62	121,62	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
3713	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	5909990699957	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	328,05	365,04	364,86	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	3,38
3714	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	5909990051137	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	554,70	608,41	608,10	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	3,51
3715	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0.5 mg	30 szt.	5909990783489	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	74,41	88,02	60,81	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	30,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3716	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	5909990783571	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	140,40	161,31	121,62	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	42,89
3717	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	5909990783533	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	729,00	791,42	608,10	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	186,52
3718	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.75 mg	30 szt.	5909991192709	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	110,51	130,31	130,31	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
3719	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	5909991192730	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	150,04	173,74	173,74	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
3720	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	5909991192754	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	450,18	496,73	496,73	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
3721	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	5909991192761	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	600,24	658,13	658,13	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3722	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991148713	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	48,44	60,75	60,75	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
3723	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990447213	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	102,60	121,62	121,62	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
3724	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990447312	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	554,70	608,41	608,10	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	3,51
3725	Tacrolimusum	Tacni, kaps. twarde, 0.5 mg	30 szt.	5909990821006	2016-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	51,57	64,04	60,81	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	6,43
3726	Tacrolimusum	Tacni, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	5909990821228	2016-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	109,10	128,45	121,62	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	10,03
3727	Tacrolimusum	Tacni, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	5909990821280	2016-03-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2016-09-01/<3>2017-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	587,76	643,13	608,10	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	38,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3728	Tamoxifenum	Nolvadex D, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990127412	2016-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	15,24	19,58	14,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,55
3729	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990331017	2016-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	9,83	13,91	13,91	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3730	Tamoxifenum	Tamoxifen-Ebewe 20, tabl., 20 mg	30 szt.	5909990722419	2016-03-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	9,94	14,03	14,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3731	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	5909990775316	2016-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	9,94	14,03	14,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3732	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	5909990894642	2018-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	54,00	66,92	66,92	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3733	Tamsulosinum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	5909990622726	2016-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,25	24,47	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,31
3734	Tamsulosinum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	5906414001501	2016-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	54,76	67,72	67,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3735	Tamsulosinum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990045006	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,28	25,55	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,39
3736	Tamsulosinum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	5909990900794	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,89	71,00	71,00	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3737	Tamsulosinum	Bazetham, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990565894	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,96	24,17	24,17	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3738	Tamsulosinum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	5909990894598	2016-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,36	24,59	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,43
3739	Tamsulosinum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573585	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,36	24,59	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,43
3740	Tamsulosinum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990573592	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,78	70,89	70,89	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3741	Tamsulosinum	Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990716418	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,44	25,72	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,56
3742	Tamsulosinum	Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990219070	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	25,38	31,96	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,80
3743	Tamsulosinum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	5909991265878	2016-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,88	17,78	17,78	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3744	Tamsulosinum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990586196	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,14	24,36	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3745	Tamsulosinum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573257	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,12	25,39	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3746	Tamsulosinum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	5909990048007	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,23	25,50	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,34
3747	Tamsulosinum	Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	5909991092184	2017-03-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,99	66,91	66,91	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3748	Tamsulosinum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990044382	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,93	24,15	24,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3749	Tamsulosinum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	5909991136321	2016-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,88	51,04	51,04	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3750	Tamsulosinum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0.4 mg	30 szt.	5909990980451	2018-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,07	25,33	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,17
3751	Tamsulosinum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	5909997225937	2018-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,29	17,16	17,16	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3752	Tamsulosinum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990565948	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,12	25,39	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,23
3753	Tamsulosinum	Tamsudil, kaps. twarde o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt. (9 blist.po 10)	5909990565962	2016-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	56,65	69,70	69,70	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3754	Tamsulosinum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	5909990570690	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,74	18,69	18,69	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3755	Tamsulosinum	TamsuLEK, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570386	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,12	25,39	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,23
3756	Tamsulosinum	Tamsulosin Genoptim, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 kaps.	5909991012465	2016-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,52	18,46	18,46	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3757	Tamsulosinum	Tamsulosin Genoptim, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	60 kaps.	5909991012496	2016-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	25,03	34,50	34,50	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,40
3758	Tamsulosinum	Tamsulosin Genoptim, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 kaps.	5909991012502	2016-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	37,55	49,65	49,65	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3759	Tamsulosinum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990430895	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,12	25,39	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,23
3760	Tamsulosinum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	5909990847808	2016-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,36	24,59	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,43
3761	Tamsulosinum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990566068	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,39	25,67	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,51
3762	Tamsulosinum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990566075	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,77	48,93	48,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,61
3763	Tamsulosinum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	5907587609235	2017-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	54,65	67,60	67,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3764	Tamsulosinum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	5909991191221	2016-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,34	24,57	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,41
3765	Tamsulosinum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	60 szt.	5909991191214	2017-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,42	46,46	46,46	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,40
3766	Tamsulosinum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	5909991199081	2017-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	54,65	67,60	67,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3767	Tamsulosinum	Urostad, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	5909997216393	2016-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,53	18,48	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3768	Tamsulosinum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	5909997226293	2016-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,83	17,73	17,73	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3769	Tamsulosinum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990566280	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,28	23,45	23,45	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3770	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	5909990865598	2018-09-01	1 rok 10 miesięcy	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	254,53	285,83	253,92	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	31,91
3771	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	5909990865635	2018-09-01	1 rok 10 miesięcy	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	381,80	422,50	380,89	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	41,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3772	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	5909990865666	2018-09-01	1 rok 10 miesięcy	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	488,70	537,78	507,85	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	29,93
3773	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	5909990865697	2018-09-01	1 rok 10 miesięcy	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	578,22	634,81	634,81	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
3774	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	5909990865567	2018-09-01	1 rok 10 miesięcy	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	126,98	147,90	126,96	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	20,94
3775	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990891832	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,22	14,25	12,20	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%	5,71
3776	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990891863	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,47	27,01	24,40	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%	9,93
3777	Telmisartanum	Micardis, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990440726	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,81	30,61	12,20	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%	22,07
3778	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	14 szt.	5909990440818	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,52	25,06	12,20	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%	16,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3779	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990440825	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,24	37,27	24,40	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%	20,19
3780	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990936670	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,21	17,38	12,20	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%	8,84
3781	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990936700	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,42	33,27	24,40	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%	16,19
3782	Telmisartanum	Pritor, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990463428	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,08	32,99	12,20	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%	24,45
3783	Telmisartanum	Pritor, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990463527	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,35	39,49	24,40	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%	22,41
3784	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	5909991060220	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,91	12,87	12,20	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%	4,33
3785	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	5909991060268	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,82	24,23	24,23	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%	7,27
3786	Telmisartanum	Telmisartan Apotex, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990992058	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,12	14,14	12,20	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%	5,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3787	Telmisartanum	Telmisartan Apotex, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990992065	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,35	26,89	24,40	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%	9,81
3788	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909991036768	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	14,12	12,20	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%	5,58
3789	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909991229801	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,01	23,38	23,38	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%	7,01
3790	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909991036867	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	26,73	24,40	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%	9,65
3791	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	5909991018429	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017.09.01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,64	12,58	12,20	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%	4,04
3792	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 tabl.	5909991018436	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,17	23,55	23,55	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%	7,07
3793	Telmisartanum	Telmisartan Sandoz, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990840472	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,96	17,12	12,20	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%	8,58
3794	Telmisartanum	Telmisartan Sandoz, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990840557	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,92	32,74	24,40	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%	15,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3795	Telmisartanum	Telmisartanum 123ratio, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990821839	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,45	13,44	12,20	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%	4,90
3796	Telmisartanum	Telmisartanum 123ratio, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990821792	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	24,80	24,40	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%	7,72
3797	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990974863	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,33	16,46	12,20	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%	7,92
3798	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 tabl.	5909990974887	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,30	26,84	24,40	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%	9,76
3799	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990974979	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,67	31,42	24,40	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%	14,34
3800	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 tabl.	5909990974993	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,61	51,17	48,79	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%	17,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3801	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990902002	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,61	17,80	12,20	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%	9,26
3802	Telmisartanum	Telmizek, tabletki, 80 mg	28 szt.	5909991361969	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,42	22,76	22,76	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%	6,83
3803	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990902095	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	33,87	24,40	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%	16,79
3804	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 tabl.	5909990818082	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,92	17,07	12,20	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%	8,53
3805	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	5909991086626	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,43	26,97	24,40	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%	9,89
3806	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 tabl.	5909990818150	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,79	32,60	24,40	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%	15,52
3807	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	5909991086633	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,87	51,44	48,79	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%	17,29
3808	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 tabl.	5909997077628	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,22	32,00	24,40	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%	14,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3809	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	5909997077635	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,62	39,18	36,59	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%	13,57
3810	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 tabl.	5909997077697	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	50,44	61,49	48,79	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%	27,34
3811	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	5909997077703	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	61,24	74,84	73,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	23,61
3812	Telmisartanum	Tolura 40 mg tabletki, tabl. powl., 40 mg	28 tabl.	5909997077604	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,55	17,74	12,20	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%	9,20
3813	Telmisartanum	Tolura 80 mg tabletki, tabl. powl., 80 mg	28 tabl.	5909997077673	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,19	33,02	24,40	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%	15,94
3814	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990941841	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,64	12,58	12,20	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%	4,04
3815	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990941926	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,28	23,66	23,66	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%	7,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3816	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991056247	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,79	31,55	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,47
3817	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991056773	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,79	31,55	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,47
3818	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991079802	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,31	16,44	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,90
3819	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991080051	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,27	32,04	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,96
3820	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991080174	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,27	32,04	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,96
3821	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991020026	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,72	44,08	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,00
3822	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	14 szt.	5909990653010	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,76	28,46	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,92
3823	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909990653027	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,96	47,48	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,40
3824	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991079451	2016-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	16,53	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,99
3825	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991079598	2016-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	31,56	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,48
3826	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991079703	2016-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	31,56	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,48
3827	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	PritorPlus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991068325	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,24	35,26	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	26,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3828	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	PritorPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991068424	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	46,91	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,83
3829	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	PritorPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909990644834	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	46,91	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,83
3830	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telhyd, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991268770	2017-03-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,21	16,33	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,79
3831	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telhyd, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991268787	2017-03-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,43	31,17	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,09
3832	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telhyd, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991268794	2017-03-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,43	31,17	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,09
3833	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmidon, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991283032	2017-11-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	13,72	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,18
3834	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmidon, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	5909991283056	2017-11-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	25,93	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,85
3835	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmidon, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	5909991283148	2017-11-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,88	49,35	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,20
3836	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmidon, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991283308	2017-11-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	25,93	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,85
3837	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmidon, tabl., 80+25 mg	56 szt.	5909991283322	2017-11-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,88	49,35	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,20
3838	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991073732	2016-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,29	16,41	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,87
3839	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991073848	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,92	32,74	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3840	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991073909	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,92	32,74	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,66
3841	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991082338	2016-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	18,03	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,49
3842	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991082529	2016-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,65	34,55	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,47
3843	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991082598	2016-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,65	34,55	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,47
3844	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991095994	2016-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,92	17,07	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,53
3845	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	5909991096007	2016-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,79	32,60	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,52
3846	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991096038	2016-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,79	32,60	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,52
3847	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	5909991096045	2016-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	51,58	62,69	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,54
3848	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991096069	2016-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,79	32,60	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,52
3849	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	5909991096076	2016-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	51,58	62,69	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,54
3850	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991045180	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	17,69	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,15
3851	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	5909991045203	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	33,87	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3852	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	5909991045265	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,04	50,12	36,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,51
3853	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991045692	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	33,87	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,79
3854	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	5909991045722	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	54,00	65,23	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,08
3855	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	5909991045746	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	82,08	96,72	73,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	45,49
3856	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991045807	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	33,87	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,79
3857	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	5909991045852	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	54,00	65,23	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,08
3858	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	5909991045876	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	82,08	96,72	73,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	45,49
3859	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991226381	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,29	16,41	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,87
3860	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991226398	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,60	31,35	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,27
3861	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991226404	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,60	31,35	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,27
3862	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990768011	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	64,80	75,87	45,47	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	36,37
3863	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990768011	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	64,80	75,87	45,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	44,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3864	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990767816	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,36	21,91	9,09	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,02
3865	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990767816	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,36	21,91	9,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,55
3866	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990767915	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,70	36,25	22,74	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,71
3867	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990767915	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,70	36,25	22,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,33
3868	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990484119	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,57	23,34	9,74	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,80
3869	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990484119	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,57	23,34	9,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,52
3870	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990484317	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	32,29	39,21	24,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,05
3871	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990484317	2016-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	32,29	39,21	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,16
3872	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990621057	2016-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	20,41	26,99	24,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3873	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990621064	2016-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	40,93	51,56	49,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,86
3874	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990419036	2016-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	19,87	26,41	24,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,06
3875	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	5909991240523	2016-05-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	34,56	44,87	44,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,44
3876	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990419050	2016-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	39,74	50,31	49,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,61
3877	Terbinafinum	Terbigen, tabl., 250 mg	28 szt.	5902020926016	2016-09-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	29,59	39,65	39,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,83
3878	Terbinafinum	TerbiGen, tabl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990224845	2016-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	15,12	21,44	21,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,72
3879	Terbinafinum	Terbinafine Aurobindo, tabl., 250 mg	28 szt.	5909990955268	2016-07-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	29,16	39,20	39,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,60
3880	Terbinafinum	Terbisil, tabl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990950515	2016-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	16,20	22,57	22,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,29
3881	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990645497	2016-11-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	19,44	25,97	24,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,62
3882	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	5909990645503	2016-11-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	38,88	49,40	49,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,70
3883	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	5909990805594	2017-01-01	3 lata	238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyna	546,48	600,65	600,65	Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingtona		ryczałt	3,20
3884	Theophyllinum	Euphyllin CR retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990665419	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	5,18	6,58	3,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3885	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990450114	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	6,22	7,44	3,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,44
3886	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990450213	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	8,10	9,87	4,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	8,35
3887	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990803910	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	6,29	7,74	3,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,00
3888	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990261215	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	8,42	11,05	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,18
3889	Theophyllinum	Theovent 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990149926	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - 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	5,40	7,87	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,00
3890	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6.5 mg	50 szt.	5909990242511	2016-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	18,54	24,86	24,86	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
3891	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6.5 mg	50 szt.	5909990242511	2016-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	18,54	24,86	24,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,46
3892	Thiethylperazinum	Torecan, czopki, 6.5 mg	6 szt.	5909990242610	2016-01-01	3 lata	206.1, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doodbytniczego	9,59	13,58	13,58	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3893	Thiethylperazinum	Torecan, czopki, 6.5 mg	6 szt.	5909990242610	2016-01-01	3 lata	206.1, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doodbytniczego	9,59	13,58	13,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,07
3894	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	5909990058839	2016-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	163,08	187,87	187,87	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3895	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	5909990058846	2016-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	247,86	278,96	278,96	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3896	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	5909990058822	2016-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	78,84	95,42	95,42	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3897	Tianeptinum	Atinepte, tabl. powl., 12.5 mg	30 tabl.	5909990997152	2018-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,16	19,41	8,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,47
3898	Tianeptinum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	5909991265984	2017-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,80	13,78	8,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,84
3899	Tianeptinum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	5909991290016	2017-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,88	14,91	8,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,97
3900	Tianeptinum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	5909991267131	2016-07-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	13,50	16,62	8,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,68
3901	Tianeptinum	Coaxil, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990370214	2016-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,17	20,47	8,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,53
3902	Tianeptinum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	90 szt.	5909991265991	2017-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,40	39,41	25,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	21,58
3903	Tianeptinum	Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt.	5909990875245	2016-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,16	19,41	8,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,47
3904	Tianeptinum	Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg	90 szt.	5909991201821	2018-09-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	40,50	47,92	25,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	30,09
3905	Ticlopidinum	Aclotin, tabl. powl., 0.25 g	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	5909990667116	2016-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	9,13	12,80	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,95
3906	Ticlopidinum	Aclotin, tabl. powl., 0.25 g	60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	5909990334971	2016-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	27,00	34,91	33,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,35
3907	Ticlopidinum	Apo-Clodin, tabl. powl., 250 mg	30 szt. (1 but.po 30 szt.)	5909990938315	2016-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	12,91	17,77	16,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3908	Ticlopidinum	Apo-Clodin, tabl. powl., 250 mg	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	5909990646616	2016-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	25,81	33,66	33,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,10
3909	Ticlopidinum	Iclopid, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	5909991029333	2016-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	9,16	12,83	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,98
3910	Ticlopidinum	Iclopid, tabl. powl., 250 mg	60 szt.	5909990044986	2016-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	27,43	35,36	33,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,80
3911	Ticlopidinum	Ifapidin, tabl. powl., 250 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990694853	2016-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	9,07	12,72	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,87
3912	Ticlopidinum	Ifapidin, tabl. powl., 250 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990694846	2016-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	27,86	35,81	33,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,25
3913	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990187713	2016-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	4,91	6,54	4,83	Jaskra		30%	3,16
3914	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2.5 mg/ml	5 ml	5909990073610	2016-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,28	4,83	4,83	Jaskra		30%	1,45
3915	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	5909990073719	2016-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,28	4,83	4,83	Jaskra		30%	1,45
3916	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	5909990185214	2016-11-01	3 lata	234.0, Leki przeciwnowotworowe - antymetabolity - analogi puryn - tioguanina	677,70	741,88	741,88	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3917	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	5909991299545	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
3918	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	5909991299545	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
3919	Tiotropii bromidum	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. (3 blist.po 10 szt. + HandiHaler)	5909990985128	2016-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	125,19	144,43	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	45,07
3920	Tiotropii bromidum	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. (3 blist.po 10 szt. + HandiHaler)	5909990985128	2016-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	125,19	144,43	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	72,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3921	Tiotropii bromidum	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990985111	2016-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	119,84	138,81	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	39,45
3922	Tiotropii bromidum	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990985111	2016-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	119,84	138,81	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	67,02
3923	Tiotropii bromidum	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2.5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	5909990735839	2017-01-01	2 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	120,96	139,99	102,56	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące		30%	68,20
3924	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	5909991253998	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
3925	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	5909991253998	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
3926	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	5909991254001	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
3927	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	5909991254001	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
3928	Tizanidinum	Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990671410	2016-01-01	3 lata	144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	43,79	53,67	43,56	Stwardnienie rozsiane		30%	23,18
3929	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990784486	2016-05-01	3 lata	144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	21,98	29,04	29,04	Stwardnienie rozsiane		30%	8,71
3930	Tolterodinum	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	5909991055271	2016-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,32	35,23	31,78	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,98
3931	Tolterodinum	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	90 szt.	5909991139520	2018-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	82,62	99,59	99,59	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	29,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3932	Tolterodinum	Ranolteril/Tolterodine Accord, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	5909990768981	2016-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	6,48	9,33	7,95	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	3,77
3933	Tolterodinum	Ranolteril/Tolterodine Accord, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	5909990769025	2016-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,96	17,81	15,89	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	6,69
3934	Tolterodinum	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	5909991035235	2016-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,96	17,81	15,89	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	6,69
3935	Tolterodinum	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	5909991035549	2016-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,00	34,90	31,78	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,65
3936	Tolterodinum	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	5909991023485	2016-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,07	17,92	15,89	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	6,80
3937	Tolterodinum	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	5909991023522	2016-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,00	34,90	31,78	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,65
3938	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	5909991008642	2018-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,54	35,76	34,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	11,92
3939	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	5909991249038	2016-05-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	25,38	33,49	33,49	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	10,05
3940	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	5909991235369	2016-05-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	25,38	33,49	33,49	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	10,05
3941	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	5909991261788	2016-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	25,38	33,49	33,49	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	10,05
3942	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	5909991008666	2018-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,54	35,76	34,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	11,92
3943	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	5909991249045	2016-05-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	50,76	63,58	63,58	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	19,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3944	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	5909991235376	2016-05-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	50,76	63,58	63,58	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	19,07
3945	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	5909991008680	2018-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	55,08	68,11	68,11	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	20,43
3946	Tolterodinum	Uroflow 1, tabl. powl., 1 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990648559	2016-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,90	18,18	7,95	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,62
3947	Tolterodinum	Uroflow 2, tabl. powl., 2 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990648641	2016-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	15,45	20,42	15,89	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	9,30
3948	Topiramatum	Epiramat, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990017676	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	30,24	38,88	36,18	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	5,90
3949	Topiramatum	Epiramat, tabl. powl., 200 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990017751	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	59,68	73,33	72,36	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,17
3950	Topiramatum	Epiramat, tabl. powl., 25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990017652	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	7,56	10,75	9,04	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,91
3951	Topiramatum	Epiramat, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990017669	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	15,12	20,46	18,09	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	5,57
3952	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990649594	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	29,38	37,97	36,18	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,99
3953	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 200 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990649617	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	58,75	72,36	72,36	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3954	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990649556	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	7,34	10,52	9,04	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,68
3955	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990649570	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,69	20,00	18,09	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	5,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3956	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	5909990061495	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	30,24	38,88	36,18	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	5,90
3957	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	5909990061464	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	59,68	73,33	72,36	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,17
3958	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	5909990061488	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	7,46	10,64	9,04	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,80
3959	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909990061471	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,91	20,24	18,09	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	5,35
3960	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	5909990715169	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	56,16	70,08	70,08	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3961	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 25 mg	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	5909990715084	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	16,20	21,81	19,38	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	5,63
3962	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 50 mg	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	5909990715145	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	30,24	39,21	38,76	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,65
3963	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 100 mg	1 but.po 28 szt.	5909990759019	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	29,38	37,97	36,18	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,99
3964	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 200 mg	1 but.po 28 szt.	5909990759118	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	58,75	72,36	72,36	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3965	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 25 mg	1 but.po 28 szt.	5909990758814	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	11,72	15,12	9,04	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	9,28
3966	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 50 mg	1 but.po 28 szt.	5909990758913	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	15,12	20,46	18,09	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	5,57
3967	Topiramatum	Topiramat Bluefish, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	5909990780068	2016-05-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	21,60	29,81	29,81	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3968	Topiramatum	Topiramat Bluefish, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	5909990780136	2016-05-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	43,20	56,03	56,03	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3969	Topiramatum	Topiramat Bluefish, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	5909990779925	2016-05-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	5,40	8,48	8,48	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3970	Topiramatum	Topiramat Bluefish, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909990779970	2016-05-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	10,80	15,92	15,92	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3971	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990671496	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	31,32	40,35	38,76	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,79
3972	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990671502	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	62,64	76,88	76,88	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3973	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990671472	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	7,83	11,20	9,69	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,71
3974	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990671489	2016-01-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	15,66	21,24	19,38	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	5,06
3975	Tramadolum	Adamon SR 100, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990936137	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,75	39,60	30,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,15
3976	Tramadolum	Adamon SR 100, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990936137	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,75	39,60	30,64	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,96
3977	Tramadolum	Adamon SR 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990936236	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	47,30	57,80	45,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,63
3978	Tramadolum	Adamon SR 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990936236	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	47,30	57,80	45,96	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	11,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3979	Tramadolum	Adamon SR 200, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990936335	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,67	74,26	61,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,37
3980	Tramadolum	Adamon SR 200, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990936335	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,67	74,26	61,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	12,99
3981	Tramadolum	Adamon SR 50, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990936038	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,98	20,78	15,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,06
3982	Tramadolum	Adamon SR 50, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990936038	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,98	20,78	15,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,46
3983	Tramadolum	Oratram 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990634354	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	7,67	6,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,38
3984	Tramadolum	Oratram 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990634354	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	7,67	6,13	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,54
3985	Tramadolum	Oratram 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990634378	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,65	21,99	18,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,12
3986	Tramadolum	Oratram 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990634378	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,65	21,99	18,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,61
3987	Tramadolum	Oratram 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990634392	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,76	35,41	30,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,96
3988	Tramadolum	Oratram 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990634392	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,76	35,41	30,64	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
3989	Tramadolum	Oratram 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990634231	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,86	12,05	9,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,62
3990	Tramadolum	Oratram 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990634231	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,86	12,05	9,19	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,86
3991	Tramadolum	Oratram 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990634255	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,29	33,48	27,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,18
3992	Tramadolum	Oratram 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990634255	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,29	33,48	27,57	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,91
3993	Tramadolum	Oratram 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990634279	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,58	53,89	45,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,72
3994	Tramadolum	Oratram 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990634279	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,58	53,89	45,96	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,93
3995	Tramadolum	Oratram 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990634293	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	14,96	12,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,39
3996	Tramadolum	Oratram 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990634293	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	14,96	12,25	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,71
3997	Tramadolum	Oratram 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990634316	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,67	41,31	36,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,58
3998	Tramadolum	Oratram 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990634316	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,67	41,31	36,76	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3999	Tramadolum	Oratram 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990634330	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,00	66,21	61,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,32
4000	Tramadolum	Oratram 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990634330	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,00	66,21	61,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,94
4001	Tramadolum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	5909990969012	2016-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,52	9,40	8,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,80
4002	Tramadolum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	5909990969012	2016-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,52	9,40	8,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,40
4003	Tramadolum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	5909990969029	2016-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	62,59	76,79	76,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,04
4004	Tramadolum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	5909990969029	2016-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	62,59	76,79	76,79	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4005	Tramadolum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990968718	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,70	9,04	6,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,75
4006	Tramadolum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990968718	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,70	9,04	6,13	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,91
4007	Tramadolum	Poltram 100, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	5909990968916	2016-01-01	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
4008	Tramadolum	Poltram 100, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	5909990968916	2016-01-01	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
4009	Tramadolum	Poltram 50, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	5909990968817	2016-01-01	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4010	Tramadolum	Poltram 50, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	5909990968817	2016-01-01	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
4011	Tramadolum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990967612	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,95	8,25	6,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,96
4012	Tramadolum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990967612	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,95	8,25	6,13	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,12
4013	Tramadolum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990967629	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,68	23,07	18,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,20
4014	Tramadolum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990967629	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,68	23,07	18,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,69
4015	Tramadolum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990967636	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	40,28	30,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,83
4016	Tramadolum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990967636	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	40,28	30,64	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,64
4017	Tramadolum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990967711	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	12,96	9,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,53
4018	Tramadolum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990967711	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	12,96	9,19	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,77
4019	Tramadolum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990967728	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,07	35,35	27,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4020	Tramadolum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990967728	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,07	35,35	27,57	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,78
4021	Tramadolum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990967735	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	50,54	61,20	45,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,03
4022	Tramadolum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990967735	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	50,54	61,20	45,96	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	15,24
4023	Tramadolum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990967810	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,37	16,49	12,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,92
4024	Tramadolum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990967810	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,37	16,49	12,25	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,24
4025	Tramadolum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990967827	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	43,76	36,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,03
4026	Tramadolum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990967827	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	43,76	36,76	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,00
4027	Tramadolum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990967834	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,94	72,45	61,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,56
4028	Tramadolum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990967834	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,94	72,45	61,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	11,18
4029	Tramadolum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	10 ml (1 but.po 10 ml)	5909990294718	2016-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,11	13,17	8,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4030	Tramadolum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	10 ml (1 but.po 10 ml)	5909990294718	2016-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,11	13,17	8,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,17
4031	Tramadolum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990294619	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,78	10,16	6,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,87
4032	Tramadolum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990294619	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,78	10,16	6,13	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,03
4033	Tramadolum	Tramal, czopki, 100 mg	5 szt.	5909990253715	2016-01-01	3 lata	153.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doodbytniczego	5,16	7,55	7,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,27
4034	Tramadolum	Tramal, czopki, 100 mg	5 szt.	5909990253715	2016-01-01	3 lata	153.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doodbytniczego	5,16	7,55	7,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4035	Tramadolum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	10 ml	5909990253913	2016-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	7,56	10,49	8,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,89
4036	Tramadolum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	10 ml	5909990253913	2016-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	7,56	10,49	8,00	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,49
4037	Tramadolum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	96 ml	5909990253920	2016-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	62,60	76,80	76,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,05
4038	Tramadolum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	96 ml	5909990253920	2016-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	62,60	76,80	76,79	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,01
4039	Tramadolum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990253616	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,72	8,00	6,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4040	Tramadolum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990253616	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,72	8,00	6,13	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,87
4041	Tramadolum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 szt.po 1 ml	5909990253814	2016-01-01	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
4042	Tramadolum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 szt.po 1 ml	5909990253814	2016-01-01	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
4043	Tramadolum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 szt.po 2 ml	5909990253821	2016-01-01	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
4044	Tramadolum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 szt.po 2 ml	5909990253821	2016-01-01	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
4045	Tramadolum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990786213	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	7,67	6,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,38
4046	Tramadolum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990786213	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	7,67	6,13	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,54
4047	Tramadolum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990786220	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,36	21,68	18,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,81
4048	Tramadolum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990786220	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,36	21,68	18,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,30
4049	Tramadolum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990786237	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,16	34,78	30,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,33
4050	Tramadolum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990786237	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,16	34,78	30,64	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4051	Tramadolum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990786312	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,32	11,49	9,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,06
4052	Tramadolum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990786312	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,32	11,49	9,19	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,30
4053	Tramadolum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990786329	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,44	30,49	27,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,19
4054	Tramadolum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990786329	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,44	30,49	27,57	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,92
4055	Tramadolum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990786336	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,50	50,66	45,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,49
4056	Tramadolum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990786336	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,50	50,66	45,96	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,70
4057	Tramadolum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990786411	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,84	12,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,27
4058	Tramadolum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990786411	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,84	12,25	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,59
4059	Tramadolum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990786428	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,24	40,86	36,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,13
4060	Tramadolum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990786428	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,24	40,86	36,76	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4061	Tramadolum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990786435	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,00	66,21	61,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,32
4062	Tramadolum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990786435	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,00	66,21	61,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,94
4063	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	5909990780303	2016-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	2,78	3,92	3,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,78
4064	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	5909990780303	2016-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	2,78	3,92	3,06	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,86
4065	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	5909990780334	2016-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,29	11,45	9,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,02
4066	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	5909990780334	2016-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,29	11,45	9,19	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,26
4067	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	5909990780341	2016-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,86	18,55	15,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,83
4068	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	5909990780341	2016-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,86	18,55	15,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,23
4069	Tramadolum	Tramundin, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990947416	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,55	23,98	18,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,11
4070	Tramadolum	Tramundin, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990947416	2016-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,55	23,98	18,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4071	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	5909990735167	2018-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	15,09	13,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,44
4072	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	5909990735167	2018-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	15,09	13,79	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,30
4073	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	5909991143923	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	21,77	20,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,29
4074	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	5909991143923	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	21,77	20,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,09
4075	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	5909990936595	2018-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,60	28,56	27,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,26
4076	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	5909990936595	2018-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,60	28,56	27,57	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,99
4077	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	5909991143930	2018-09-01	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
4078	Tramadolum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	5909991143930	2018-09-01	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
4079	Tramadolum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	5909990971763	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	6,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
4080	Tramadolum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	5909990971763	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	6,89	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4081	Tramadolum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	5909990806287	2018-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,39	7,85	6,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,03
4082	Tramadolum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	5909990806287	2018-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,39	7,85	6,89	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,96
4083	Tramadolum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	5909990806294	2018-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,78	15,07	13,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,42
4084	Tramadolum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	5909990806294	2018-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,78	15,07	13,79	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,28
4085	Tramadolum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	5909990806300	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,29	21,98	20,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,50
4086	Tramadolum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	5909990806300	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,29	21,98	20,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,30
4087	Tramadolum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	5909991195076	2017-03-01	2 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	13,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,35
4088	Tramadolum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	5909991195076	2017-03-01	2 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	13,79	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,21
4089	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	5909990840984	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,59	5,27	4,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,05
4090	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	5909990840984	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,59	5,27	4,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4091	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	5909990840991	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,45	7,91	6,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,09
4092	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	5909990840991	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,45	7,91	6,89	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,02
4093	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	5909990841004	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	15,21	13,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,56
4094	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	5909990841004	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	15,21	13,79	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,42
4095	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	5909990981472	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,36	22,06	20,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,58
4096	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	5909990981472	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,36	22,06	20,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,38
4097	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	5909991283735	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,14	10,25	9,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,82
4098	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	5909991283735	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,14	10,25	9,19	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,06
4099	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	5909991283742	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	13,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,35
4100	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	5909991283742	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	13,79	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4101	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	5909991283759	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,44	28,39	27,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,09
4102	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	5909991283759	2018-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,44	28,39	27,57	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,82
4103	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	5909991283766	2018-11-01	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
4104	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	5909991283766	2018-11-01	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
4105	Tramadolum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	5909990964000	2017-01-01	2 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,36	7,82	6,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,00
4106	Tramadolum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	5909990964000	2017-01-01	2 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,36	7,82	6,89	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,93
4107	Tramadolum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	5909990964055	2017-01-01	2 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	15,08	13,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,43
4108	Tramadolum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	5909990964055	2017-01-01	2 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	15,08	13,79	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,29
4109	Tramadolum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabletki powlekane, 37,5+325 mg	90 tabl.	5909990964086	2017-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,04	21,72	20,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,24
4110	Tramadolum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabletki powlekane, 37,5+325 mg	90 tabl.	5909990964086	2017-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,04	21,72	20,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4111	Tramadolum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	5909990959563	2017-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,85	23,99	22,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,90
4112	Tramadolum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	5909990959563	2017-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,85	23,99	22,98	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,01
4113	Tramadolum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	5909990959457	2017-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,36	7,82	6,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,00
4114	Tramadolum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	5909990959457	2017-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,36	7,82	6,89	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,93
4115	Tramadolum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	5909990959488	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	13,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,35
4116	Tramadolum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	5909990959488	2018-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	13,79	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,21
4117	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0.04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990942619	2016-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,12	51,05	32,61	Jaskra		ryczałt	21,64
4118	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909991197629	2016-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,08	38,40	32,61	Jaskra		ryczałt	8,99
4119	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 poj.a 2,5 ml	5909991321949	2018-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,06	38,38	32,61	Jaskra		ryczałt	8,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4120	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 poj.a 2,5 ml	5909991321956	2018-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	90,17	107,50	97,83	Jaskra		ryczałt	17,67
4121	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990586172	2016-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,01	55,13	32,61	Jaskra		ryczałt	25,72
4122	Trazodonum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990918720	2016-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,14	21,49	8,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,55
4123	Trazodonum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990715497	2016-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	51,84	59,82	25,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	41,99
4124	Trazodonum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990918621	2016-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	13,82	16,46	6,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,00
4125	Triamcinolonum	Polcortolon, tabl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990915446	2018-11-01	3 lata	82.6, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - triamcynolon	15,65	21,22	21,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,37
4126	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	5909990894413	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - 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	613,07	579,86	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	42,81
4127	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	5909990486915	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	275,40	305,77	180,40	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	128,57
4128	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0.1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	5909990707553	2018-07-01 - dla kolumny 12, 2017-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	69.2, Leki stosowane w terapii hormonalnej – analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	156,60	181,04	181,04	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
4129	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	5909990125524	2016-01-01	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4130	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	5909990125623	2016-01-01	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
4131	Umeclidinii bromidum	Incruse/Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg	30 daw.	5909991108953	2018-07-01	2 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	106,38	124,68	102,56	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	52,89
4132	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro/Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, 55+22 µg	30 dawek	5909991108984	2017-03-01	2 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	178,39	204,39	199,76	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	64,56
4133	Urofollitropinum	Fostimon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m./ml	1 fiol. z prosz.po 75 j.m. + 1 amp. z rozp.po 1 ml	5909991083212	2018-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	56,16	70,75	70,75	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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 jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/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
4134	Valganciclovirum	Ceglar, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	5909991207229	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2016-07-01/<2>2018-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego	513,00	563,34	512,31	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie	<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; <2>zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	54,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4135	Valganciclovirum	Sperart, tabletki powlekane, 450 mg	60 tabl.	5909991257354	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego	756,00	818,49	512,31	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie	<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; <2>zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	309,38
4136	Valganciclovirum	Valcyclox, tabletki powlekane, 450 mg	60 tabl.	5909991228620	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego	918,00	988,59	512,31	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie	<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; <2>zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	479,48
4137	Valganciclovirum	Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml	1 but.po 12 g	5902768001082	2017-09-01 - dla kolumny 12, <1>2018-07-01/<2>2018-03-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego	955,80	1016,60	94,87	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - 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	924,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4138	Valganciclovirum	Valganciclovir Teva, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	5909991195151	<1>2016-11-01/<2>2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego	750,60	812,82	512,31	<1>Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - 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	<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; <2>zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	303,71
4139	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	5909991284381	<1>2017-03-01/<2>2017-05-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - 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	464,40	512,31	512,31	<1>Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - 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	<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; <2>zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	3,20
4140	Valsartanum	Apo-Valsart, tabl. powl., 160 mg	28 tabl.	5909990870905	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,42	22,76	22,76	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%	6,83
4141	Valsartanum	Apo-Valsart, tabl. powl., 80 mg	28 tabl.	5909990870561	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,37	14,40	12,20	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%	5,86
4142	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	5909990773763	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	26,73	24,40	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%	9,65
4143	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	5909990773695	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	14,28	12,20	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%	5,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4144	Valsartanum	Awalone, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909990688739	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,01	21,28	21,28	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%	6,38
4145	Valsartanum	Awalone, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	5909990688548	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,51	11,40	11,40	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%	3,42
4146	Valsartanum	Axudan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909991230395	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,66	21,96	21,96	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%	6,59
4147	Valsartanum	Axudan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909990831067	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	28,20	24,40	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%	11,12
4148	Valsartanum	Axudan, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909991253912	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,31	20,55	20,55	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%	6,17
4149	Valsartanum	Axudan, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	5909990831081	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,40	42,55	42,55	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%	12,77
4150	Valsartanum	Axudan, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	5909990831159	2016-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	48,22	48,22	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%	14,47
4151	Valsartanum	Axudan, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909990830961	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,85	12,20	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%	6,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4152	Valsartanum	Axudan, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	5909991253226	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,40	11,28	11,28	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%	3,38
4153	Valsartanum	Axudan, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	5909990830985	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,71	22,02	22,02	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%	6,61
4154	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990751877	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	26,95	24,40	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%	9,87
4155	Valsartanum	Bespres, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909991350680	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,04	20,26	20,26	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%	6,08
4156	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990751594	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	14,23	12,20	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%	5,69
4157	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990929238	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,12	19,39	12,20	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%	10,85
4158	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990929214	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,24	37,27	24,40	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%	20,19
4159	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990929115	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,99	24,51	12,20	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%	15,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4160	Valsartanum	Ivisart, tabl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990686254	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,65	21,95	21,95	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%	6,59
4161	Valsartanum	Ivisart, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990685981	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,69	11,58	11,58	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%	3,47
4162	Valsartanum	Nortivan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909990726844	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	24,80	24,40	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%	7,72
4163	Valsartanum	Nortivan, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909990726776	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	13,72	12,20	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%	5,18
4164	Valsartanum	Nortivan Neo, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909991055929	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,90	21,17	21,17	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%	6,35
4165	Valsartanum	Nortivan Neo, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	5909991055899	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,45	11,33	11,33	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%	3,40
4166	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990682065	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,82	26,33	24,40	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%	9,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4167	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990681877	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,34	15,42	12,20	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%	6,88
4168	Valsartanum	Valorion, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909991299590	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,01	21,28	21,28	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%	6,38
4169	Valsartanum	Valorion, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	5909991299583	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,51	11,40	11,40	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%	3,42
4170	Valsartanum	Valsacor 160, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	5909990818983	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	44,82	55,87	52,28	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%	19,27
4171	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	5909990818990	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	64,80	79,01	78,41	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%	24,12
4172	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990074969	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,95	27,52	24,40	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%	10,44
4173	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	5909991216306	2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,30	38,25	38,25	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%	11,48
4174	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	5909991261801	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,77	40,84	40,84	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%	12,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4175	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	5909990779147	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,12	52,76	48,79	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%	18,61
4176	Valsartanum	Valsacor 80, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	5909990818853	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,68	29,55	26,14	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%	11,25
4177	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990074945	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,69	14,73	12,20	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%	6,19
4178	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	5909990818860	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,40	41,37	39,21	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%	13,92
4179	Valsartanum	Valsargen, kaps. twarde, 160 mg	28 szt.	5909990857081	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,89	21,15	21,15	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%	6,35
4180	Valsartanum	Valsargen, kaps. twarde, 80 mg	28 szt.	5909990856954	2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,50	11,39	11,39	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%	3,42
4181	Valsartanum	Valsartan 123ratio, kaps. twarde, 160 mg	28 szt.	5909990810697	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,51	22,86	22,86	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%	6,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4182	Valsartanum	Valsartan 123ratio, kaps. twarde, 80 mg	28 szt.	5909990810635	2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,53	12,47	12,20	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%	3,93
4183	Valsartanum	Valsartan Aurobindo, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909990986057	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,90	21,17	21,17	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%	6,35
4184	Valsartanum	Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909991266455	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,99	21,26	21,26	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%	6,38
4185	Valsartanum	Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 160 mg	56 tabl.	5909991266479	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,98	40,01	40,01	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%	12,00
4186	Valsartanum	Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	5909991266387	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,50	11,39	11,39	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%	3,42
4187	Valsartanum	Valsotens, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909990693276	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,96	23,33	23,33	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%	7,00
4188	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909990804580	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	28,20	24,40	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%	11,12
4189	Valsartanum	Valtap, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909991344375	2018-05-01 - dla kolumny 12, 2018-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,04	20,26	20,26	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%	6,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4190	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	5909991088118	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,34	44,59	44,59	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%	13,38
4191	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909990804542	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,85	12,20	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%	6,31
4192	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	5909991088101	2016-07-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,41	22,75	22,75	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%	6,83
4193	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 tabl.	5909991202330	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,58	25,02	24,40	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%	7,94
4194	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 tabl.	5909991202286	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,29	13,26	12,20	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%	4,72
4195	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909990827480	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	28,20	24,40	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%	11,12
4196	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909990827459	2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,85	12,20	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%	6,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4197	Valsartanum	Walsartan KRKA, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909991003081	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,17	26,70	24,40	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%	9,62
4198	Valsartanum	Walsartan KRKA, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909991002794	2016-11-01 - dla kolumny 12, 2016-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,09	14,10	12,20	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%	5,56
4199	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	ApoValsart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909991028688	2016-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,35	25,83	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,75
4200	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909991077341	2016-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,77	23,13	23,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,94
4201	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	5909991077372	2016-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,32	44,57	44,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37
4202	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909991242893	2016-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,77	23,13	23,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,94
4203	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	5909991242916	2016-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,21	44,45	44,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,34
4204	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	5909991077655	2016-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,78	48,20	48,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,46
4205	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	5909991077792	2016-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,78	48,20	48,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,46
4206	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991242787	2016-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,44	13,42	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,88
4207	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909991230234	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,01	23,38	23,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4208	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990829989	2016-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	28,20	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,12
4209	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+12,5 mg	28 tabl.	5909991251857	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,31	20,55	20,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,17
4210	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	5909990830008	2018-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,01	41,09	41,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,33
4211	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+12,5 mg mg	28 szt.	5909991340131	2018-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,99	20,21	20,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,06
4212	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 szt.	5909991340186	2018-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,99	20,21	20,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,06
4213	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909991230333	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,01	23,38	23,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,01
4214	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909990830107	2016-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	28,20	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,12
4215	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 tabl.	5909991254407	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,31	20,55	20,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,17
4216	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	5909990830138	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,83	46,15	46,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,85
4217	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	5909990830176	2016-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	48,22	48,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,47
4218	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 320+25 mg	28 szt.	5909991325749	2017-09-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,62	38,58	38,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,57
4219	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	5909990830244	2016-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	48,22	48,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4220	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 80+12,5 mg	28 szt.	5909991325572	2017-09-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,15	11,02	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,31
4221	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909990829927	2016-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,85	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,31
4222	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	5909990829941	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,92	24,34	24,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,30
4223	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990874255	2016-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	28,20	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,12
4224	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990740857	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,85	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,31
4225	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	14 tabl.	5909991305932	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,99	11,90	11,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,57
4226	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 szt.	5909991343989	2018-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,01	19,18	19,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,75
4227	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 szt.	5909991351090	2018-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,99	20,21	20,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,06
4228	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909991282028	2016-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,01	23,38	23,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,01
4229	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990740864	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	28,20	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,12
4230	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 tabl.	5909991305949	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	22,30	22,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,69
4231	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990740833	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	14,28	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4232	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Diovan, tabl. powl., 160+25 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909991062927	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,12	19,39	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,85
4233	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Nortivan, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990772452	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	25,93	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,85
4234	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Nortivan, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909990772506	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	25,93	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,85
4235	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Nortivan, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909990772292	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,07	13,02	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,48
4236	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	5909990847464	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,12	52,76	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,61
4237	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-valsacor, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	5909990847501	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,12	52,76	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,61
4238	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990740246	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,95	27,52	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,44
4239	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 tabl.	5909990740253	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	48,79	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,64
4240	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	98 szt.	5909990740260	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	67,61	82,54	82,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,76
4241	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990740277	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,95	27,52	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,44
4242	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	56 tabl.	5909990740284	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	48,79	48,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,64
4243	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	98 szt.	5909990740291	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	67,61	82,54	82,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4244	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabletki powlekane, 320+12,5 mg	28 szt.	5909991349721	2018-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,38	35,18	35,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,55
4245	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabletki powlekane, 320+25 mg	28 szt.	5909991349707	2018-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,38	35,18	35,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,55
4246	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 tabl.	5909990740192	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,61	13,60	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,06
4247	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 tabl.	5909990740208	2018-01-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,17	25,65	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,57
4248	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	98 szt.	5909990740239	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,80	43,27	42,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,39
4249	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990704132	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,82	26,33	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,25
4250	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990704262	2016-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,82	26,33	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,25
4251	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 160+12,5 mg	28 tabl.	5909991136116	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,61	22,96	22,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,89
4252	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 tabl.	5909991136376	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,61	22,96	22,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,89
4253	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 80+12,5 mg	28 tabl.	5909991135850	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,37	12,30	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,76
4254	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + hydrochlorothiazide Aurobindo, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909991077495	2016-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,20	22,53	22,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,76
4255	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990847600	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,17	25,65	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4256	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909990847655	2018-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,17	25,65	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,57
4257	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan HCT Mylan, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909991045500	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,74	23,10	23,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,93
4258	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan HCT Mylan, tabl. powl., 160+25 mg	14 szt.	5909991046750	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,86	12,81	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,27
4259	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan HCT Mylan, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909991046767	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,01	21,28	21,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,38
4260	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsotens HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990877386	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,93	24,36	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,31
4261	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsotens HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909990877201	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,93	24,36	24,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,31
4262	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990801961	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	28,20	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,12
4263	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	5909991067557	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,34	44,59	44,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,38
4264	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	14 szt.	5909990813995	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,85	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,31
4265	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909990802005	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	28,20	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,12
4266	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	5909991067564	2016-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,34	44,59	44,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,38
4267	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990862375	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,68	29,33	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4268	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909990862399	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,68	29,33	24,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,25
4269	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909990862351	2016-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,34	15,42	12,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,88
4270	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909991265717	2016-07-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,68	30,39	30,39	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,12
4271	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990047956	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,29	44,68	35,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	19,72
4272	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 tabl.	5909991197735	2018-03-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	75,60	89,71	76,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	36,22
4273	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990047901	2016-03-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,13	12,13	8,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,89
4274	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909991265694	2016-07-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,34	16,13	16,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4275	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990047895	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,14	23,27	17,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,79
4276	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 tabl.	5909991197728	2018-03-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,80	46,56	38,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	19,81
4277	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990660650	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,94	45,37	35,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	20,41
4278	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990660636	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,46	12,47	8,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,23
4279	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990660643	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,92	24,09	17,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,61
4280	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990494019	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,99	43,32	35,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	18,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4281	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990493913	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,50	24,70	17,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,22
4282	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990715374	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,65	42,97	35,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	18,01
4283	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	5909990715299	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,43	10,34	8,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,10
4284	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990715350	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,29	22,37	17,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,89
4285	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990721528	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,24	38,33	35,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,37
4286	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	5909990721498	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,56	10,48	8,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4287	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990721504	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,12	20,10	17,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,62
4288	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990691883	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,29	44,68	35,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	19,72
4289	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	5909990691760	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,07	12,05	8,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,81
4290	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990691906	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,71	22,82	17,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,34
4291	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990673803	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	38,18	46,67	35,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	21,71
4292	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt.	5909990673728	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,50	12,52	8,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4293	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990673766	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,06	24,23	17,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,75
4294	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990795826	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,68	30,39	30,39	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,12
4295	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	5909990795833	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	78,84	96,04	96,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	28,81
4296	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	5909990795802	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,48	9,34	8,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,10
4297	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	98 szt.	5909990795819	2016-07-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,14	29,32	29,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,80
4298	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990795789	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,96	17,83	17,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4299	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	5909990795796	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	43,20	54,62	54,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	16,39
4300	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990727520	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	39,01	47,54	35,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	22,58
4301	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990727490	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,75	12,78	8,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,54
4302	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990727506	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,50	24,70	17,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,22
4303	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909991092030	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,14	29,83	29,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,95
4304	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 kaps.	5909991135096	2018-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,32	9,18	8,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	2,94
4305	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909991091996	2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,85	17,71	17,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4306	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37.5 mg	28 szt.	5909991093815	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,72	12,75	8,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,51
4307	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37.5 mg	56 szt.	5909991093822	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,44	24,63	17,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,15
4308	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	28 szt.	5909991093914	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,44	24,63	17,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,15
4309	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	56 szt.	5909991093921	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	38,88	47,40	35,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	22,44
4310	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990056293	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,80	46,27	35,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	21,31
4311	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990055982	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,72	12,75	8,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4312	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990056279	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,90	24,07	17,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,59
4313	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990767625	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,28	24,72	24,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,42
4314	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990767601	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,64	13,29	13,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,99
4315	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990424672	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	35,64	44,00	35,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	19,04
4316	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990040971	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,91	11,90	8,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,66
4317	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990040995	2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>2017-05-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,82	22,93	17,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,45
4318	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 tabl.	5909990045419	2018-01-01	5 lat	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	5,62	8,17	8,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4319	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 tabl.	5909990045211	2018-01-01	5 lat	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	2,30	3,21	2,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,21
4320	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 tabl.	5909990045310	2018-01-01	5 lat	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	4,10	5,88	5,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,63
4321	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	5909990312818	<1>2016-01-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	206,80	235,07	235,07	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4322	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	5909990312818	<1>2016-01-01/<2>2018-09-01	3 lata	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	206,80	235,07	235,07	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4323	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	5909990832712	<1>2016-01-01/<2>2018-09-01 - dla kolumny 12, 2018-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	120,96	141,86	141,86	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4324	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	5909990832712	<1>2016-01-01/<2>2018-09-01	3 lata	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	120,96	141,86	141,86	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4325	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	5909991063177	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	135,79	157,95	157,95	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
4326	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	10 szt.	5909991095826	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	69,77	84,63	84,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	3,83
4327	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	5909991095840	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	147,53	170,29	168,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	5,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4328	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 50 mg	20 szt.	5909991095741	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	32,72	42,00	42,00	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
4329	Voriconazolum	Voriconazole Actavis, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	5909991248437	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2017.09.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	147,53	170,29	168,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	5,49
4330	Voriconazolum	Voriconazole Genoptim, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	5909991278977	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	437,40	474,64	168,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	309,84
4331	Voriconazolum	Voriconazole Mylan, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	5909991191917	2018-11-01 - dla kolumny 12, 2017.09.01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	130,90	152,82	152,82	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
4332	Voriconazolum	Voriconazole Sandoz, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	5909991082192	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2018-03-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	211,23	239,10	235,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	7,10
4333	Voriconazolum	Voriconazole Teva, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	5909991094355	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017.09.01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	204,12	229,70	168,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	64,90
4334	Voriconazolum	Voriconazole Teva, tabl. powl., 50 mg	20 szt.	5909991094126	2017-01-01 - dla kolumny 12, 2017.09.01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	75,60	87,03	42,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	48,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
4335	Voriconazolum	Voriconazole Zentiva, tabletki powlekane, 200 mg	20 tabl.	5909991223489	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2017-09-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	140,40	162,79	162,79	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
4336	Warfarinum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt. (1 słoik po 100 szt.)	5909990622368	2016-01-01	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
4337	Warfarinum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt. (1 słoik po 100 szt.)	5909990622382	2016-01-01	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
4338	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	5909990681228	2016-01-01	3 lata	178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon	185,22	211,84	211,84	Schizofrenia		ryczałt	5,97
4339	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 10 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt.)	5909990126729	2016-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,94	30,09	20,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	9,33
4340	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 25 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt.)	5909990126828	2016-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,90	51,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
4341	Zuclopenthixolum	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	5909990189212	2016-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	12,96	17,65	14,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,46
4342	Zuclopenthixolum	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	5909990189229	2016-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	120,96	141,86	141,86	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	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon pepti 1 DHA, proszek	400 g	5900852031724	2018-11-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	27,02	33,21	20,42	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	18,92
2	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon pepti 2 DHA, proszek	400 g	5900852031748	2018-11-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	31,92	41,05	41,05	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	12,32
3	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Humana SL, proszek	650 g	4031244774132	2016-01-01	3 lata	217.1, Diety eliminacyjne mlekozastępcze początkowe przeznaczone dla niemowląt od urodzenia	17,50	23,56	23,56	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	7,07
4	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku neutralnym), proszek	400 g	5016533616170	2016-11-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	133,35	155,52	155,52	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20
5	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku truskawkowym), proszek	400 g	5016533649970	2018-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	133,35	155,52	155,52	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20
6	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku waniliowym), proszek	400 g	5016533649956	2018-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	133,35	155,52	155,52	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20
7	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate LCP, proszek	400 g	5016533646740	2016-01-01	3 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	133,35	155,52	155,52	Postępowanie dietetyczne u niemowląt w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20
8	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 1 LGG, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045027530	2016-07-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	37,80	44,53	20,42	Alergia na białko mleka krowiego, objawy związane z alergią pokarmową związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, nietolerancja laktozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, wtórna nietolerancja sacharozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, inne alergie związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, alergia na białko sojowe z nadwrażliwością na białka mleka krowiego		30%	30,24
9	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 2 LGG, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045027547	2016-07-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	38,88	48,25	40,22	Alergia na białko mleka krowiego, objawy związane z alergią pokarmową związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, nietolerancja laktozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, wtórna nietolerancja sacharozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, inne alergie związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, alergia na białko sojowe z nadwrażliwością na białka mleka krowiego		30%	20,10
10	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 3 LGG, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045035627	2017-11-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	37,80	47,56	43,81	Alergia na białko mleka krowiego, objawy związane z alergią pokarmową związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, nietolerancja laktozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, wtórna nietolerancja sacharozy związana z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, inne alergie związane z nadwrażliwością na białka mleka krowiego, alergia na białko sojowe z nadwrażliwością na białka mleka krowiego		30%	16,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
11	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen PURAMINO, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8712045027554	2016-07-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	125,28	146,62	146,62	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
12	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutrison advanced Peptisorb Powder, proszek	4 szt. x 125 g (500 g)	8712400763141	2016-01-01	3 lata	217.3, Dieta peptydowa kompletna	40,57	50,06	40,07	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	22,01
13	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Easiphen o smaku owoców leśnych, płyn doustny	18 x 250 ml (4500 ml)	5016533625929	2016-01-01	3 lata	216.15, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowana, w płynie - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	501,65	552,40	552,40	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
14	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku neutralnym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	834 g (30 x 27,8 g)	5016533630992	2016-01-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	992,11	1080,26	1080,26	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
15	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku owoców leśnych, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	834 g (30 x 27,8 g)	5016533630978	2016-01-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	992,11	1080,26	1080,26	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
16	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	834 g (30 x 27,8 g)	5016533630985	2016-01-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	992,11	1080,26	1080,26	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
17	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 1, proszek	500 g	5016533644418	2016-01-01	3 lata	216.1, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii skondensowana - przeznaczona dla niemowląt	252,93	284,72	284,72	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
18	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	milupa pku 1 mix, proszek	450 g	4008976340270	2018-01-01	5 lat	216.3, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt	117,60	138,15	138,15	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
19	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 mix, proszek	400 g	4008976340287	2016-01-01	3 lata	216.10, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii zawierająca wszystkie składniki odżywcze, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	359,96	399,91	399,91	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
20	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 prima, proszek	500 g	5016533644425	2016-01-01	3 lata	216.8, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii skondensowana - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	376,37	417,57	417,57	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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 fenyloketonurii	Milupa PKU 2 secunda, proszek	500 g	5016533644432	2016-01-01	3 lata	216.11, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	393,86	436,39	436,39	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
22	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	milupa pku 2 shake choco, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599234	2018-01-01	5 lat	216.12, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż	262,34	294,85	294,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
23	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	milupa pku 2 shake truskawkowy, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599227	2018-01-01	5 lat	216.12, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż	262,34	294,85	294,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
24	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3, tabl. powl.	600 szt. (60 x 10 szt.)	4008976340331	2016-01-01	3 lata	216.6, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii porcjowane, w postaci tabletek powlekanych – przeznaczone dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	501,72	552,48	552,48	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
25	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3 advanta, proszek	500 g	5016533644449	2016-01-01	3 lata	216.5, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	458,45	505,90	505,90	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
26	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3 tempora, proszek do sporządzania roztworu doustnego	450 g (10 x 45g)	4008976340294	2016-07-01	3 lata	216.18, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii przeznaczone do stosowania u kobiet w okresie prekoncepcji, podczas ciąży oraz w okresie laktacji	419,48	463,96	463,96	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
27	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 1, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875102138	2016-01-01	3 lata	216.2, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci	134,15	156,40	156,40	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
28	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 2, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100066	2016-01-01	3 lata	216.13, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych	126,98	148,50	148,50	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
29	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 2HP, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100127	2016-01-01	3 lata	216.16, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych, w tym dla kobiet w ciąży	186,96	213,72	213,72	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
30	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku czekoladowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648225	2018-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
31	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku neutralnym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648263	2018-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
32	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku owoców leśnych), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648201	2018-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
33	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku pomarańczowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648249	2018-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
34	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku waniliowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648287	2018-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
35	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii 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	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
36	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii 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	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
37	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii 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	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
38	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii 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	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
39	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,83	927,83	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
40	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,83	927,83	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
41	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,83	927,83	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
42	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,83	927,83	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
43	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,94	1232,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
44	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,94	1232,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
45	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,94	1232,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
46	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,94	1232,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
47	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	874,80	954,00	950,59	Fenyloketonuria		ryczałt	6,61
48	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	874,80	954,00	950,59	Fenyloketonuria		ryczałt	6,61
49	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	874,80	954,00	950,59	Fenyloketonuria		ryczałt	6,61
50	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	874,80	954,00	950,59	Fenyloketonuria		ryczałt	6,61
51	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1166,40	1267,84	1267,84	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
52	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1166,40	1267,84	1267,84	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
53	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1166,40	1267,84	1267,84	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
54	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1166,40	1267,84	1267,84	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
55	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku malinowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051455	2017-07-01	2 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	621,00	680,85	680,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
56	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku neutralnym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051448	2017-07-01	2 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	621,00	680,85	680,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
57	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku pomarańczowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051462	2017-07-01	2 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	621,00	680,85	680,85	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
58	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647686	2016-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	1067,85	1161,77	1161,77	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
59	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647693	2016-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	1067,85	1161,77	1161,77	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
60	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647747	2016-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	1067,85	1161,77	1161,77	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
61	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647754	2016-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	1067,85	1161,77	1161,77	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
62	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647716	2016-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	1067,85	1161,77	1161,77	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
63	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647723	2016-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	1067,85	1161,77	1161,77	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
64	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647778	2016-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	1067,85	1161,77	1161,77	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
65	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647785	2016-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	1067,85	1161,77	1161,77	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
66	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	XP Analog LCP, proszek do sporządzania roztworu doustnego	400 g	5016533644456	2016-01-01	3 lata	216.4, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi i prebiotykami - przeznaczona dla niemowląt i jako uzupełnienie diety u dzieci do 3 r.ż.	146,52	170,04	170,04	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
67	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	XP Maxamum o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	1500 g (30 x 50 g)	5016533620368	2016-01-01	3 lata	216.17, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, porcjowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż., w tym dla kobiet w ciąży	922,52	1005,37	1005,37	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowią-zywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
68	Dieta eliminacyjna z MCT	Bebilon pepti MCT, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 2155 kJ/100 g	450 g	8718117600625	2016-01-01	3 lata	217.4, Diety eliminacyjne z MCT	35,48	42,76	26,18	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	24,43
69	Dieta eliminacyjna z MCT	Humana z MCT, proszek	350 g	4031244774125	2016-01-01	3 lata	217.4, Diety eliminacyjne z MCT	13,39	18,37	18,37	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	5,51
70	Dieta eliminacyjna z MCT	Milupa Cystilac, proszek	900 g	4008976340348	2016-01-01	3 lata	217.50, Dieta stosowana w mukowiscydozie - przeznaczona dla niemowląt i dzieci	124,95	146,26	146,26	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20
71	Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2	Modulen IBD, proszek	400 g	7613035091399	2017-07-01	2 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	60,48	74,35	74,35	Indukcja remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna		ryczałt	3,20
72	Dieta mlekozastępcza	Infatrini Peptisorb, płyn doustny	800 ml (4 x 200 ml)	8716900562433	2016-09-01	3 lata	217.3, Dieta peptydowa kompletna	38,38	48,82	48,82	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	14,65
73	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku truskawkowym, płyn	4 but.po 300 ml (1200 ml)	8716900553578	2018-09-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	48,30	60,29	60,29	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20
74	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku waniliowym, płyn	4 but.po 300 ml (1200 ml)	8716900553486	2018-09-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	48,30	60,29	60,29	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	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A, opatrunek alginianowy, 10x10 cm²	1 szt.	5900516844714	2016-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	7,02	10,20	10,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,16
2	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A, opatrunek alginianowy, 10x10 cm²	1 szt.	5900516844714	2016-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	7,02	10,20	10,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,14
3	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x10 cm²	1 szt.	4049500217958	2016-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	7,54	10,75	10,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,71
4	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x10 cm²	1 szt.	4049500217958	2016-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	7,54	10,75	10,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,69
5	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x20 cm²	1 szt.	4049500217927	2016-07-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	14,77	20,11	20,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,03
6	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x20 cm²	1 szt.	4049500217927	2016-07-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	14,77	20,11	20,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
7	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 5x5 cm²	1 szt.	4049500217965	2016-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	3,03	3,96	2,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,20
8	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 5x5 cm²	1 szt.	4049500217965	2016-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	3,03	3,96	2,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,45
9	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447013466	2016-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	6,48	9,63	9,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,89
10	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447013466	2016-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	6,48	9,63	9,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
11	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm²	1 szt.	4021447013480	2016-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	13,77	19,06	19,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,72
12	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm²	1 szt.	4021447013480	2016-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	13,77	19,06	19,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
13	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 5x5 cm, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	4021447013442	2016-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	2,27	3,16	2,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,40
14	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 5x5 cm, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	4021447013442	2016-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókienne	2,27	3,16	2,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
15	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 10cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm²	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
16	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 10cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm²	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
17	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 20cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm²	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
18	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 20cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm²	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
19	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20cm x 40cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm²	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
20	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20cm x 40cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm²	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
21	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25, opatrunek, 10,5x10,5 cm²	1 szt.	15051978002970	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	15,44	20,35	17,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,12
22	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25, opatrunek, 10,5x10,5 cm²	1 szt.	15051978002970	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	15,44	20,35	17,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,88
23	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25, opatrunek, 10,5x19 cm²	1 szt.	15051978002994	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	27,32	34,76	31,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,63
24	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25, opatrunek, 10,5x19 cm²	1 szt.	15051978002994	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	27,32	34,76	31,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
25	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm²	1 szt.	5000223461652	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,39	15,85	15,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,76
26	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm²	1 szt.	5000223461652	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,39	15,85	15,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
27	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	5000223462222	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	16,99	23,08	23,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,92
28	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	5000223462222	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	16,99	23,08	23,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
29	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm²	1 szt.	5000223461621	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	8,21	11,14	8,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,90
30	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm²	1 szt.	5000223461621	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	8,21	11,14	8,92	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,22
31	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm²	1 szt.	5000223461928	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,95	31,09	22,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,36
32	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm²	1 szt.	5000223461928	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,95	31,09	22,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,62
33	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm²	1 szt.	5000223462314	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	12,37	16,88	15,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
34	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm²	1 szt.	5000223462314	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	12,37	16,88	15,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,03
35	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm²	1 szt.	5000223461805	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,83	41,01	35,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,05
36	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm²	1 szt.	5000223461805	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,83	41,01	35,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,35
37	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm²	1 szt.	5000223461836	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	45,14	56,68	56,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,00
38	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm²	1 szt.	5000223461836	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	45,14	56,68	56,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
39	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm²	1 szt.	5000223461867	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,40	41,70	41,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,51
40	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm²	1 szt.	5000223461867	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,40	41,70	41,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
41	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm²	1 szt.	5000223461898	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	50,76	63,59	63,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,08
42	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm²	1 szt.	5000223461898	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	50,76	63,59	63,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
43	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 10x10 cm²	1 szt.	0768455095148	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	14,58	19,20	15,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,11
44	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 10x10 cm²	1 szt.	0768455095148	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	14,58	19,20	15,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,35
45	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 15x15 cm²	1 szt.	0768455095155	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,94	41,13	35,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,17
46	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 15x15 cm²	1 szt.	0768455095155	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,94	41,13	35,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,47
47	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 20x30 cm²	1 szt.	0768455095162	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	84,24	100,12	95,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	33,55
48	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 20x30 cm²	1 szt.	0768455095162	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	84,24	100,12	95,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,02
49	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 2x45 cm²	1 szt.	0768455106738	2016-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,74	15,98	14,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,99
50	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofiber ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 2x45 cm²	1 szt.	0768455106738	2016-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,74	15,98	14,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,71
51	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455127405	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	14,57	19,19	15,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
52	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455127405	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	14,57	19,19	15,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,34
53	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455127450	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,66	40,83	35,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,87
54	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455127450	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,66	40,83	35,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,17
55	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 20x30 cm²	1 szt.	0768455127481	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	86,76	102,77	95,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	36,20
56	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 20x30 cm²	1 szt.	0768455127481	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	86,76	102,77	95,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,67
57	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	0768455127375	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	3,87	5,26	3,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,49
58	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	0768455127375	2018-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	3,87	5,26	3,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,30
59	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455123889	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	20,95	27,35	22,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,49
60	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455123889	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	20,95	27,35	22,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
61	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455123896	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	46,44	57,59	50,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,90
62	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455123896	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	46,44	57,59	50,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,60
63	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x20 cm²	1 szt.	0768455129164	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	61,56	74,91	67,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,32
64	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x20 cm²	1 szt.	0768455129164	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	61,56	74,91	67,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,92
65	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x20 cm²	1 szt.	0768455123902	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	82,08	98,38	90,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,93
66	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x20 cm²	1 szt.	0768455123902	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	82,08	98,38	90,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,73
67	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455127153	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	20,95	27,35	22,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,49
68	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455127153	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	20,95	27,35	22,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,69
69	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	0768455123773	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	32,40	41,03	35,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,24
70	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	0768455123773	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	32,40	41,03	35,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
71	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	0768455123780	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	62,75	76,28	69,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,69
72	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	0768455123780	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	62,75	76,28	69,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,87
73	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 19,8x14 cm²	1 szt.	0768455123803	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	56,81	69,48	62,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,51
74	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 19,8x14 cm²	1 szt.	0768455123803	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	56,81	69,48	62,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,66
75	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x16,9 cm²	1 szt.	0768455123810	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	69,34	83,81	76,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,19
76	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x16,9 cm²	1 szt.	0768455123810	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	69,34	83,81	76,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,21
77	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 21x21 cm²	1 szt.	0768455123797	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	90,40	107,66	99,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	37,70
78	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 21x21 cm²	1 szt.	0768455123797	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	90,40	107,66	99,95	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,71
79	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 25x30 cm²	1 szt.	0768455129201	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	153,90	177,31	169,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	58,32
80	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 25x30 cm²	1 szt.	0768455129201	2016-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	153,90	177,31	169,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
81	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 10x10 cm²	1 szt.	4049500586429	2016-07-01	3 lata	220.7, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra	6,90	9,48	7,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,10
82	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 10x10 cm²	1 szt.	4049500586429	2016-07-01	3 lata	220.7, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra	6,90	9,48	7,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,79
83	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 10x20 cm²	1 szt.	4049500586436	2016-07-01	3 lata	220.7, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra	11,01	15,37	15,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,61
84	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 10x20 cm²	1 szt.	4049500586436	2016-07-01	3 lata	220.7, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra	11,01	15,37	15,37	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
85	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 5x5 cm²	1 szt.	4049500586412	2016-07-01	3 lata	220.7, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra	3,82	4,58	1,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,24
86	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 5x5 cm²	1 szt.	4049500586412	2016-07-01	3 lata	220.7, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra	3,82	4,58	1,92	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,66
87	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 15x15 cm²	1 szt.	5708932551601	2016-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,89	41,07	35,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,11
88	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 15x15 cm²	1 szt.	5708932551601	2016-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,89	41,07	35,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,41
89	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 18x18 cm²	1 szt.	5708932861496	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	42,56	53,00	51,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,06
90	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Heel, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na piętę, 19x20 cm²	1 szt.	5708932551632	2016-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	55,62	67,44	60,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,28
91	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Heel, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na piętę, 19x20 cm²	1 szt.	5708932551632	2016-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	55,62	67,44	60,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
92	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Sacral, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na okolicę krzyżową, 23x23 cm²	1 szt.	5708932861489	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	68,80	83,06	83,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,92
93	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 10x10 cm²	1 szt.	5708932481588	2016-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	14,58	19,20	15,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,11
94	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 10x10 cm²	1 szt.	5708932481588	2016-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	14,58	19,20	15,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,35
95	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 10x20 cm²	1 szt.	5708932861519	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	26,20	33,60	31,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,41
96	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 10x20 cm²	1 szt.	5708932861519	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	26,20	33,60	31,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,90
97	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 15x15 cm²	1 szt.	5708932481922	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	30,56	38,63	35,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,67
98	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 15x15 cm²	1 szt.	5708932481922	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	30,56	38,63	35,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,97
99	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 20x20 cm²	1 szt.	5708932861502	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	52,55	64,46	63,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,08
100	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 20x20 cm²	1 szt.	5708932861502	2018-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	52,55	64,46	63,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
101	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Alginate Ag, miękki opatrunek alginianowy ze srebrem, 10x10 cm²	1 szt.	5708932552691	2016-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	14,04	18,63	15,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,54
102	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Alginate Ag, miękki opatrunek alginianowy ze srebrem, 10x10 cm²	1 szt.	5708932552691	2016-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	14,04	18,63	15,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,78
103	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Alginate Ag, miękki opatrunek alginianowy ze srebrem, 15x15 cm²	1 szt.	5708932552721	2016-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	31,54	39,66	35,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,70
104	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Alginate Ag, miękki opatrunek alginianowy ze srebrem, 15x15 cm²	1 szt.	5708932552721	2016-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	31,54	39,66	35,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,00
105	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Alginate Ag, miękki opatrunek alginianowy ze srebrem, w taśmie, 3x44 cm²	1 szt.	5708932552660	2016-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	18,58	24,16	20,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,52
106	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Alginate Ag, miękki opatrunek alginianowy ze srebrem, w taśmie, 3x44 cm²	1 szt.	5708932552660	2016-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	18,58	24,16	20,92	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,24
107	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 10x21 cm²	1 szt.	7332430941374	2016-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	26,02	33,59	33,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,29
108	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 10x21 cm²	1 szt.	7332430941374	2016-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	26,02	33,59	33,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,30
109	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332430941367	2016-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	20,30	26,56	24,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
110	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332430941367	2016-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	20,30	26,56	24,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,79
111	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332430941381	2016-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	37,91	47,80	47,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,34
112	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332430941381	2016-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	37,91	47,80	47,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
113	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 6x8,5 cm²	1 szt.	7332551027056	2016-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	6,61	9,27	8,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,61
114	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 6x8,5 cm²	1 szt.	7332551027056	2016-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	6,61	9,27	8,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,19
115	Emplastri antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate, opatrunek, 10 x 20 cm	1 szt.	15051978002291	2018-11-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	37,80	47,96	45,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,23
116	Emplastri antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate, opatrunek, 11 x 11 cm	1 szt.	15051978002321	2018-11-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	22,68	29,80	27,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,61
117	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag ,opatrunek alginianowy ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm²	1 szt.	4021447930381	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	26,78	34,21	31,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,02
118	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag ,opatrunek alginianowy ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm²	1 szt.	4021447930381	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	26,78	34,21	31,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
119	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek alginianowy ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447930350	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	14,15	18,75	15,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,66
120	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek alginianowy ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447930350	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	14,15	18,75	15,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,90
121	Emplastri 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	24,51	22,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,65
122	Emplastri 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	67,99	67,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,40
123	Emplastri 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	9,50	8,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,79
124	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver; 10 cm x 12 cm, opatrunek na rany, 10x12 cm²	1 szt.	3546895518017	2016-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	22,22	29,29	27,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,25
125	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2016-07-01/<2>2018-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	54,43	67,42	67,42	<1>Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,23
126	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2016-07-01/<2>2018-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	54,43	67,42	67,42	<2>Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
127	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag ,opatrunek węglowy, ze srebrem chłonny , sterylny,10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447309323	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	12,39	16,90	15,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
128	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag ,opatrunek węglowy, ze srebrem chłonny , sterylny,10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447309323	2016-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	12,39	16,90	15,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,05
129	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny,10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447309200	2016-01-01	3 lata	220.7, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra	9,40	12,10	7,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,72
130	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny,10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447309200	2016-01-01	3 lata	220.7, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra	9,40	12,10	7,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,41
131	Emplastri carbo activatus	Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny , sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447037493	2016-01-01	3 lata	220.8, Opatrunki z węglem aktywowanym	4,32	6,35	6,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,91
132	Emplastri carbo activatus	Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny , sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447037493	2016-01-01	3 lata	220.8, Opatrunki z węglem aktywowanym	4,32	6,35	6,35	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
133	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455132027	2016-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	18,36	24,63	22,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,77
134	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455132027	2016-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	18,36	24,63	22,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,97
135	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455132034	2016-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	41,31	52,21	50,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,52
136	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455132034	2016-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	41,31	52,21	50,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,22
137	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x30 cm²	1 szt.	0768455132041	2016-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	113,40	133,34	133,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	40,00
138	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x30 cm²	1 szt.	0768455132041	2016-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	113,40	133,34	133,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
139	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	0768455132010	2016-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	4,64	6,79	5,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
140	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	0768455132010	2016-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	4,64	6,79	5,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,12
141	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 11,1 cm	1 szt.	15051978001096	2018-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	61,56	75,82	75,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,75
142	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 11,1 cm	1 szt.	15051978001096	2018-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	61,56	75,82	75,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
143	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 22,2 cm	1 szt.	15051978001102	2018-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	116,64	137,65	137,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	41,30
144	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 22,2 cm	1 szt.	15051978001102	2018-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	116,64	137,65	137,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
145	Emplastri collagenosa	HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 10x10 cm²	1 szt.	4049500890922	2016-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	56,16	69,37	69,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,81
146	Emplastri collagenosa	HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 10x10 cm²	1 szt.	4049500890922	2016-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	56,16	69,37	69,37	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
147	Emplastri collagenosa	HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	4049500890915	2016-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,61	40,67	39,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,36
148	Emplastri collagenosa	HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	4049500890915	2016-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,61	40,67	39,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,65
149	Emplastri collagenosa	HydroClean plus cavity, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	4049500890946	2016-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,61	40,67	39,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,36
150	Emplastri collagenosa	HydroClean plus cavity, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	4049500890946	2016-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,61	40,67	39,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,65
151	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332551816421	2018-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	30,24	38,76	35,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,97
152	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332551816421	2018-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	30,24	38,76	35,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,35
153	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332551816483	2018-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	59,40	72,76	69,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
154	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332551816483	2018-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	59,40	72,76	69,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,35
155	Emplastri collagenosa	Suprasorb C, opatrunek kolagenowy, sterylny 6x8x0,8 cm, opatrunek, 6x8 cm²	1 szt.	4021447013862	2016-01-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	27,00	35,09	33,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,78
156	Emplastri collagenosa	Suprasorb C, opatrunek kolagenowy, sterylny 6x8x0,8 cm, opatrunek, 6x8 cm²	1 szt.	4021447013862	2016-01-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	27,00	35,09	33,30	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,79
157	Emplastri collagenosa	Suprasorb C, opatrunek kolagenowy, sterylny 8x12x0,8 cm, opatrunek, 8x12 cm²	1 szt.	4021447013886	2016-01-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	54,00	66,86	66,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,24
158	Emplastri collagenosa	Suprasorb C, opatrunek kolagenowy, sterylny 8x12x0,8 cm, opatrunek, 8x12 cm²	1 szt.	4021447013886	2016-01-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	54,00	66,86	66,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,26
159	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500737043	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	8,16	10,68	6,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,94
160	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500737043	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	8,16	10,68	6,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,91
161	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x20 cm²	1 szt.	4049500737074	2016-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	17,58	22,10	13,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,62
162	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x20 cm²	1 szt.	4049500737074	2016-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	17,58	22,10	13,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,56
163	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500737258	2016-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	19,20	24,06	15,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,40
164	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500737258	2016-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	19,20	24,06	15,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,83
165	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500737401	2016-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	29,68	36,87	27,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,91
166	Emplastri conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500737401	2016-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	29,68	36,87	27,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,79
167	Emplastri conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	4049500736534	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	7,93	11,33	10,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
168	Emplastri conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	4049500736534	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	7,93	11,33	10,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,75
169	Emplastri conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500736596	2016-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	11,97	16,47	15,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,81
170	Emplastri conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500736596	2016-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	11,97	16,47	15,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,24
171	Emplastri conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500736749	2016-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	20,35	27,08	27,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,12
172	Emplastri conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500736749	2016-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	20,35	27,08	27,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
173	Emplastri conlativi	PermaFoam, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500587495	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	5,13	7,49	6,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,75
174	Emplastri conlativi	PermaFoam, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500587495	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	5,13	7,49	6,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,72
175	Emplastri conlativi	PermaFoam, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 10x20 cm²	1 szt.	4049500586351	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	10,26	14,41	13,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,93
176	Emplastri conlativi	PermaFoam, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 10x20 cm²	1 szt.	4049500586351	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	10,26	14,41	13,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,87
177	Emplastri conlativi	PermaFoam, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500587501	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	11,55	16,03	15,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,37
178	Emplastri conlativi	PermaFoam, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500587501	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	11,55	16,03	15,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,80
179	Emplastri conlativi	PermaFoam, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500587518	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	20,52	27,26	27,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
180	Emplastri conlativi	PermaFoam, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500587518	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	20,52	27,26	27,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,18
181	Emplastri conlativi	PermaFoam cavity, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500586399	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	5,13	7,49	6,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,75
182	Emplastri conlativi	PermaFoam cavity, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500586399	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	5,13	7,49	6,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,72
183	Emplastri conlativi	PermaFoam comfort, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 10x20 cm²	1 szt.	4049500586344	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	10,09	14,23	13,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,75
184	Emplastri conlativi	PermaFoam comfort, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 10x20 cm²	1 szt.	4049500586344	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	10,09	14,23	13,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,69
185	Emplastri conlativi	PermaFoam comfort, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 11x11 cm²	1 szt.	4049500587525	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	6,16	8,91	8,19	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,18
186	Emplastri conlativi	PermaFoam comfort, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 11x11 cm²	1 szt.	4049500587525	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	6,16	8,91	8,19	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,72
187	Emplastri conlativi	PermaFoam comfort, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500587532	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	11,43	15,90	15,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24
188	Emplastri conlativi	PermaFoam comfort, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500587532	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	11,43	15,90	15,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,67
189	Emplastri conlativi	PermaFoam comfort, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500587549	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	20,36	27,09	27,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,13
190	Emplastri conlativi	PermaFoam comfort, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500587549	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	20,36	27,09	27,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,01
191	Emplastri conlativi	PermaFoam concave, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 16,5x18 cm²	1 szt.	4049500586382	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	15,12	20,55	20,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
192	Emplastri conlativi	PermaFoam concave, opatrunek jałowy hydropolimerowy, 16,5x18 cm²	1 szt.	4049500586382	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	15,12	20,55	20,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,44
193	Emplastri conlativi	PermaFoam sacral, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 18x18 cm²	1 szt.	4049500586368	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	16,49	22,27	21,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,92
194	Emplastri conlativi	PermaFoam sacral, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 18x18 cm²	1 szt.	4049500586368	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	16,49	22,27	21,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,34
195	Emplastri conlativi	PermaFoam sacral, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 22x22 cm²	1 szt.	4049500586375	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	24,65	32,26	32,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,68
196	Emplastri conlativi	PermaFoam sacral, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 22x22 cm²	1 szt.	4049500586375	2016-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	24,65	32,26	32,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
197	Emplastri conlativi	Suprasorb X+PHMB, opatrunek, z uwodnionej celulozy hydrobalans z PHMB, sterylny, 14x20 cm, opatrunek, 14x20 cm²	1 szt.	4021447924816	2016-01-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	42,12	48,72	18,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	35,45
198	Emplastri conlativi	Suprasorb X+PHMB, opatrunek, z uwodnionej celulozy hydrobalans z PHMB, sterylny, 14x20 cm, opatrunek, 14x20 cm²	1 szt.	4021447924816	2016-01-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	42,12	48,72	18,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	29,76
199	Emplastri conlativi	Suprasorb X+PHMB, opatrunek, z uwodnionej celulozy hydrobalans z PHMB, sterylny, 5x5 cm, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	4021447931289	2016-01-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	10,04	11,08	1,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,90
200	Emplastri conlativi	Suprasorb X+PHMB, opatrunek, z uwodnionej celulozy hydrobalans z PHMB, sterylny, 5x5 cm, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	4021447931289	2016-01-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	10,04	11,08	1,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,39
201	Emplastri conlativi	Suprasorb X+PHMB, opatrunek, z uwodnionej celulozy hydrobalans z PHMB, sterylny, 9x9 cm, opatrunek, 9x9 cm²	1 szt.	4021447924786	2016-01-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	15,66	18,17	5,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,33
202	Emplastri conlativi	Suprasorb X+PHMB, opatrunek, z uwodnionej celulozy hydrobalans z PHMB, sterylny, 9x9 cm, opatrunek, 9x9 cm²	1 szt.	4021447924786	2016-01-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	15,66	18,17	5,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,69
203	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455050406	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,48	8,86	6,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,01
204	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455050406	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,48	8,86	6,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,93
205	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 10x13 cm²	1 szt.	0768455050420	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	8,59	11,55	9,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
206	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 10x13 cm²	1 szt.	0768455050420	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	8,59	11,55	9,01	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,54
207	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455050413	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,88	16,32	15,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,41
208	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455050413	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,88	16,32	15,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,73
209	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 6x6 cm²	1 szt.	0768455050390	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	3,24	4,15	2,49	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,41
210	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek, 6x6 cm²	1 szt.	0768455050390	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	3,24	4,15	2,49	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,66
211	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	0768455050345	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	5,18	7,50	6,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,65
212	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	0768455050345	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	5,18	7,50	6,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,57
213	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	0768455050352	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,18	15,59	15,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,68
214	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	0768455050352	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,18	15,59	15,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
215	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 15x20 cm²	1 szt.	0768455050376	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	15,44	20,84	20,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,29
216	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 15x20 cm²	1 szt.	0768455050376	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	15,44	20,84	20,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,05
217	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm²	1 szt.	0768455050369	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	20,52	27,18	27,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,15
218	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm²	1 szt.	0768455050369	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	20,52	27,18	27,18	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
219	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - pasta hydrokoloidowa, pasta, 30 g	30 g	0768455094950	2016-01-01	3 lata	220.11, Opatrunki w postaci pasty	8,10	11,56	11,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,47
220	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - pasta hydrokoloidowa, pasta, 30 g	30 g	0768455094950	2016-01-01	3 lata	220.11, Opatrunki w postaci pasty	8,10	11,56	11,56	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
221	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 10x10 cm²	1 szt.	0768455050451	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	5,18	7,50	6,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,65
222	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 10x10 cm²	1 szt.	0768455050451	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	5,18	7,50	6,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,57
223	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 15x15 cm²	1 szt.	0768455050468	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,34	15,76	15,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,85
224	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 15x15 cm²	1 szt.	0768455050468	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,34	15,76	15,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,17
225	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	0768455050444	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	2,92	4,24	3,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
226	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	0768455050444	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	2,92	4,24	3,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,34
227	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500222464	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	7,45	9,88	6,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,03
228	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500222464	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	7,45	9,88	6,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,95
229	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500222471	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,92	24,77	15,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,86
230	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500222471	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,92	24,77	15,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,18
231	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500222488	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	32,40	39,65	27,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,25
232	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm²	1 szt.	4049500222488	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	32,40	39,65	27,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,93
233	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll concave, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 8x12 cm²	1 szt.	4049500222501	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	15,55	18,33	6,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,68
234	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll concave, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 8x12 cm²	1 szt.	4049500222501	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	15,55	18,33	6,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,68
235	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll sacral, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 12x18 cm²	1 szt.	4049500222259	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	24,03	28,99	14,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,51
236	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll sacral, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 12x18 cm²	1 szt.	4049500222259	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	24,03	28,99	14,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	14,02
237	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500222525	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,63	9,02	6,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,17
238	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	4049500222525	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,63	9,02	6,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,09
239	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500222532	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,66	16,09	15,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,18
240	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	4049500222532	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,66	16,09	15,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,50
241	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447546964	2016-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,95	7,25	6,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,40
242	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447546964	2016-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,95	7,25	6,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,32
243	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm²	1 szt.	4021447546995	2016-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	9,50	13,57	13,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,07
244	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm²	1 szt.	4021447546995	2016-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	9,50	13,57	13,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
245	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	5900516844721	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,75	7,05	6,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
246	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 10x10 cm²	1 szt.	5900516844721	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,75	7,05	6,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,12
247	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	5900516844745	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,80	15,19	15,19	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,56
248	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 15x15 cm²	1 szt.	5900516844745	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,80	15,19	15,19	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
249	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm²	1 szt.	5900516849290	2018-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	18,90	25,48	25,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,64
250	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm²	1 szt.	5900516849290	2018-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	18,90	25,48	25,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
251	Emplastri hydrocolloidosa	Physiotulle Ag, nieprzylepny opatrunek kontaktowy z sulfadiazyną srebra, antybakteryjny, 10x10 cm²	1 szt.	5708932604109	2018-11-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	17,23	23,44	22,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,58
252	Emplastri hydrocolloidosa	Physiotulle Ag, nieprzylepny opatrunek kontaktowy z sulfadiazyną srebra, antybakteryjny, 10x10 cm²	1 szt.	5708932604109	2018-11-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	17,23	23,44	22,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,78
253	Emplastri hydrocolloidosa	Physiotulle Ag, nieprzylepny opatrunek kontaktowy z sulfadiazyną srebra, antybakteryjny, 15x15 cm²	1 szt.	5708932604130	2018-11-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	38,23	48,97	48,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,69
254	Emplastri hydrocolloidosa	Physiotulle Ag, nieprzylepny opatrunek kontaktowy z sulfadiazyną srebra, antybakteryjny, 15x15 cm²	1 szt.	5708932604130	2018-11-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	38,23	48,97	48,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
255	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, cienki sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447013268	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,86	7,16	6,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,31
256	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, cienki sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447013268	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,86	7,16	6,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,23
257	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, cienki sterylny, 5x10 cm, opatrunek, 5x10 cm²	1 szt.	4021447013220	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	2,54	3,72	3,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,30
258	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, cienki sterylny, 5x10 cm, opatrunek, 5x10 cm²	1 szt.	4021447013220	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	2,54	3,72	3,46	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,26
259	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, na okolicę krzyżową, sterylny, 14x16 cm, opatrunek, 14x16 cm²	1 szt.	4021447013428	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	17,28	21,98	15,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,12
260	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, na okolicę krzyżową, sterylny, 14x16 cm, opatrunek, 14x16 cm²	1 szt.	4021447013428	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	17,28	21,98	15,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,46
261	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, standard, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447914978	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,97	7,28	6,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
262	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, standard, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447914978	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,97	7,28	6,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,35
263	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, standard, sterylny, 15x15 cm, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	4021447013077	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,80	15,19	15,19	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,56
264	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, standard, sterylny, 15x15 cm, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	4021447013077	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,80	15,19	15,19	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
265	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, standard, sterylny, 20x20 cm, opatrunek, 20x20 cm²	1 szt.	4021447013091	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,44	26,04	26,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,81
266	Emplastri hydrocolloidosa	Suprasorb H, opatrunek hydrokoloidowy, standard, sterylny, 20x20 cm, opatrunek, 20x20 cm²	1 szt.	4021447013091	2016-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,44	26,04	26,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
267	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 10x12 cm²	1 szt.	5900656000056	2016-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	4,81	6,79	5,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,70
268	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 10x12 cm²	1 szt.	5900656000056	2016-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	4,81	6,79	5,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,94
269	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 12x12 cm²	1 szt.	5900656000063	2016-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	5,21	7,52	7,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,61
270	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 12x12 cm²	1 szt.	5900656000063	2016-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	5,21	7,52	7,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,50
271	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 12x24 cm²	1 szt.	5900656000070	2016-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	9,94	14,03	14,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,21
272	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 12x24 cm²	1 szt.	5900656000070	2016-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	9,94	14,03	14,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
273	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 6x12 cm²	1 szt.	5900656000032	2016-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	3,43	4,65	3,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,19
274	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel, opatrunek hydrożelowy, 6x12 cm²	1 szt.	5900656000032	2016-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	3,43	4,65	3,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,14
275	Emplastri 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	12,29	12,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,69
276	Emplastri 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	12,29	12,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
277	Emplastri hydropolymerosa	Medisorb G, opatrunek w postaci żelu, 15 g	1 szt.	5900516849306	2018-11-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,75	12,41	12,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,81
278	Emplastri hydropolymerosa	Medisorb G, opatrunek w postaci żelu, 15 g	1 szt.	5900516849306	2018-11-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,75	12,41	12,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,12
279	Emplastri hydropolymerosa	Medisorb P, opatrunek polimerowy, 10x10 cm²	1 szt.	5900516844738	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	5,08	6,07	2,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,61
280	Emplastri hydropolymerosa	Medisorb P, opatrunek polimerowy, 10x10 cm²	1 szt.	5900516844738	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	5,08	6,07	2,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
281	Emplastri hydropolymerosa	Medisorb P, opatrunek polimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	5900516844707	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	20,42	24,15	8,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,31
282	Emplastri hydropolymerosa	Medisorb P, opatrunek polimerowy, 20x20 cm²	1 szt.	5900516844707	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	20,42	24,15	8,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	15,81
283	Emplastri hydropolymerosa	Medisorb P Plus, opatrunek polimerowy, 10x10 cm²	1 szt.	5900516844523	2016-11-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	5,08	6,07	2,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,61
284	Emplastri hydropolymerosa	Medisorb P Plus, opatrunek polimerowy, 10x10 cm²	1 szt.	5900516844523	2016-11-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	5,08	6,07	2,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,99
285	Emplastri hydropolymerosa	Suprasorb G, żel amorficzny w strzykawce, sterylny, 20 g, opatrunek, 20 g	1 szt.po 20 g	4021447013800	2016-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	15,98	20,70	16,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,23
286	Emplastri hydropolymerosa	Suprasorb G, żel amorficzny w strzykawce, sterylny, 20 g, opatrunek, 20 g	1 szt.po 20 g	4021447013800	2016-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	15,98	20,70	16,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,31
287	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm²	1 szt.	5000223478018	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,95	21,43	20,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,35
288	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm²	1 szt.	5000223478018	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,95	21,43	20,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,32
289	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm²	1 szt.	5000223478049	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,06	30,16	29,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,81
290	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm²	1 szt.	5000223478049	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,06	30,16	29,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,09
291	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm²	1 szt.	5000223478070	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	42,84	53,75	53,75	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,13
292	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm²	1 szt.	5000223478070	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	42,84	53,75	53,75	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
293	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm²	1 szt.	5000223477981	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,16	14,20	12,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,23
294	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm²	1 szt.	5000223477981	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,16	14,20	12,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,39
295	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223482503	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	59,40	72,81	72,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
296	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223482503	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	59,40	72,81	72,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
297	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223481421	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,60	33,22	32,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,56
298	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223481421	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,60	33,22	32,37	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,85
299	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223481452	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	42,12	52,93	52,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,88
300	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223481452	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	42,12	52,93	52,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
301	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455125616	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,23	15,47	13,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,82
302	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455125616	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,23	15,47	13,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,69
303	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455125630	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,26	32,70	30,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,01
304	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455125630	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,26	32,70	30,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,71
305	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	0768455125586	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,28	4,54	3,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,13
306	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	0768455125586	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,28	4,54	3,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,10
307	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 10x10 cm²	1 szt.	0768455123834	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	14,90	13,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,25
308	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 10x10 cm²	1 szt.	0768455123834	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	14,90	13,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
309	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 10x10 cm²	1 szt.	0768455127115	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	14,90	13,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,25
310	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 10x10 cm²	1 szt.	0768455127115	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	14,90	13,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,12
311	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	0768455123711	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,70	22,44	21,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,38
312	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	0768455123711	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,70	22,44	21,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,92
313	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 14x19,8 cm²	1 szt.	0768455123759	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,64	38,14	38,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,44
314	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 14x19,8 cm²	1 szt.	0768455123759	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,64	38,14	38,14	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
315	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 15x15 cm²	1 szt.	0768455123841	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,06	31,44	30,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,75
316	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 15x15 cm²	1 szt.	0768455123841	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,06	31,44	30,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,45
317	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 15x20 cm²	1 szt.	0768455123865	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,08	41,09	41,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,33
318	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 15x20 cm²	1 szt.	0768455123865	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,08	41,09	41,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
319	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 16,9x20 cm²	1 szt.	0768455123766	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	36,14	45,97	45,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,79
320	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 16,9x20 cm²	1 szt.	0768455123766	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	36,14	45,97	45,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
321	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	0768455123728	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,73	41,87	41,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,56
322	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	0768455123728	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,73	41,87	41,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
323	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 20x20 cm²	1 szt.	0768455123858	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	42,29	53,26	53,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,98
324	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 20x20 cm²	1 szt.	0768455123858	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	42,29	53,26	53,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
325	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 21x21 cm²	1 szt.	0768455123735	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,15	58,81	58,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,64
326	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 21x21 cm²	1 szt.	0768455123735	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,15	58,81	58,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
327	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 25x30 cm²	1 szt.	0768455123742	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	80,19	96,78	96,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,03
328	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 25x30 cm²	1 szt.	0768455123742	2018-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	80,19	96,78	96,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
329	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive, samoprzylepny opatrunek piankowy, 10x10 cm²	1 szt.	5708932861557	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,32	14,52	13,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,87
330	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive, samoprzylepny opatrunek piankowy, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	5708932861571	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,09	21,79	21,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,73
331	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive, samoprzylepny opatrunek piankowy, 18x18 cm²	1 szt.	5708932861564	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	33,45	42,91	42,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,87
332	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive, samoprzylepny opatrunek piankowy, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	5708932861540	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,82	8,45	7,75	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,03
333	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Heel, samoprzylepny opatrunek piankowy na piętę, 19x20 cm²	1 szt.	5708932861526	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	38,63	49,20	49,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,76
334	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Sacral, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 23x23 cm²	1 szt.	5708932861533	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	53,87	66,82	66,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,05
335	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive, nieprzylepny opatrunek piankowy, 10x10 cm²	1 szt.	5708932476300	2018-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,77	16,04	13,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,39
336	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive, nieprzylepny opatrunek piankowy, 10x10 cm²	1 szt.	5708932476300	2018-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,77	16,04	13,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,26
337	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive, nieprzylepny opatrunek piankowy, 15x15 cm²	1 szt.	5708932476294	2018-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,38	32,83	30,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,14
338	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive, nieprzylepny opatrunek piankowy, 15x15 cm²	1 szt.	5708932476294	2018-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,38	32,83	30,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,84
339	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 10x10 cm²	1 szt.	5708932551540	2016-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	13,39	17,74	13,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,09
340	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 10x10 cm²	1 szt.	5708932551540	2016-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	13,39	17,74	13,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
341	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 15x15 cm²	1 szt.	5708932551571	2016-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	30,13	37,82	30,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,13
342	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 15x15 cm²	1 szt.	5708932551571	2016-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	30,13	37,82	30,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,83
343	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 20x20 cm²	1 szt.	5708932861588	2018-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,36	52,29	52,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,69
344	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 10x10 cm²	1 szt.	5000223466695	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,53	14,74	13,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,09
345	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 10x10 cm²	1 szt.	5000223466695	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,53	14,74	13,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,96
346	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 15x15 cm²	1 szt.	5000223466725	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,54	30,90	30,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,27
347	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 15x15 cm²	1 szt.	5000223466725	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,54	30,90	30,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
348	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455142231	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,82	12,94	12,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,88
349	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	0768455142231	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,82	12,94	12,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
350	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455142248	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,85	27,02	27,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,11
351	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	0768455142248	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,85	27,02	27,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
352	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 5,5x12 cm²	1 szt.	0768455142255	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,17	9,14	9,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,78
353	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 5,5x12 cm²	1 szt.	0768455142255	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,17	9,14	9,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,05
354	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 8x8 cm²	1 szt.	0768455142224	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,65	8,52	8,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,56
355	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 8x8 cm²	1 szt.	0768455142224	2017-11-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,65	8,52	8,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
356	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	15051978004257	2016-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,67	4,93	3,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
357	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine, opatrunek, 5x5 cm²	1 szt.	15051978004257	2016-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,67	4,93	3,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,49
358	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine, opatrunek, 9,5x9,5 cm²	1 szt.	15051978004264	2016-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,80	14,79	12,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,09
359	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine, opatrunek, 9,5x9,5 cm²	1 szt.	15051978004264	2016-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,80	14,79	12,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,36
360	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex, opatrunek, 10x21 cm²	1 szt.	7332430504999	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,55	28,56	28,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,57
361	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex, opatrunek, 10x21 cm²	1 szt.	7332430504999	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,55	28,56	28,56	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
362	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332430446459	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,37	23,14	21,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,08
363	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332430446459	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,37	23,14	21,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,62
364	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332430505019	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,24	41,35	41,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,41
365	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332430505019	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,24	41,35	41,35	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
366	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex, opatrunek, 20x50 cm²	1 szt.	7332551306441	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	129,06	149,46	137,75	Przewlekłe owrzodzenia		30%	53,04
367	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex, opatrunek, 20x50 cm²	1 szt.	7332551306441	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	129,06	149,46	137,75	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,71
368	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332430446527	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,37	23,14	21,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,08
369	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332430446527	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,37	23,14	21,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,62
370	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332430497116	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,24	41,35	41,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,41
371	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332430497116	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,24	41,35	41,35	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
372	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border, opatrunek, 17,5x23 cm²	1 szt.	7332430497123	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,20	52,14	52,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
373	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border, opatrunek, 17,5x23 cm²	1 szt.	7332430497123	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,20	52,14	52,14	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
374	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border, opatrunek, 7,5x8,5 cm²	1 szt.	7332430500670	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,86	10,83	8,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,68
375	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border, opatrunek, 7,5x8,5 cm²	1 szt.	7332430500670	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,86	10,83	8,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,05
376	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border EM, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332430529152	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,37	23,14	21,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,08
377	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border EM, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332430529152	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,37	23,14	21,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,62
378	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border EM, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332430529206	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,24	41,35	41,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,41
379	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border EM, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332430529206	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,24	41,35	41,35	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
380	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border EM, opatrunek, 7,5x8,5 cm²	1 szt.	7332430529107	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,86	10,83	8,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,68
381	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border EM, opatrunek, 7,5x8,5 cm²	1 szt.	7332430529107	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,86	10,83	8,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,05
382	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332430666598	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,37	23,14	21,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,08
383	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM, opatrunek, 12,5x12,5 cm²	1 szt.	7332430666598	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,37	23,14	21,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,62
384	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332430666642	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	31,80	40,89	40,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,27
385	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM, opatrunek, 17,5x17,5 cm²	1 szt.	7332430666642	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	31,80	40,89	40,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
386	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM, opatrunek, 7,5x8,5 cm²	1 szt.	7332430666505	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,86	10,83	8,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,68
387	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM, opatrunek, 7,5x8,5 cm²	1 szt.	7332430666505	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,86	10,83	8,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,05
388	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Talon, opatrunek, 13x21 cm²	1 szt.	7332430727572	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,98	30,04	30,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
389	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Talon, opatrunek, 13x21 cm²	1 szt.	7332430727572	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,98	30,04	30,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
390	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer, opatrunek jałowy, 15x20 cm²	1 szt.	7332430008800	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	43,85	53,44	41,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,51
391	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer, opatrunek jałowy, 15x20 cm²	1 szt.	7332430008800	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	43,85	53,44	41,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,11
392	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepitel, opatrunek jałowy, 7,5x10 cm²	1 szt.	7310792907108	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,75	12,14	10,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,91
393	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepitel, opatrunek jałowy, 7,5x10 cm²	1 szt.	7310792907108	2016-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,75	12,14	10,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,81
394	Emplastri microfibricum cellulosae	N-A Ultra, opatrunek, 19 x 9,5 cm	1 szt.	15051978000297	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	12,96	19,04	19,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,71
395	Emplastri microfibricum cellulosae	N-A Ultra, opatrunek, 19 x 9,5 cm	1 szt.	15051978000297	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	12,96	19,04	19,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
396	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x10 cm²	1 szt.	7392130182224	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	13,28	17,62	13,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,97
397	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x10 cm²	1 szt.	7392130182224	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	13,28	17,62	13,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,84
398	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x20 cm²	1 szt.	7392130182231	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,75	27,56	27,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,28
399	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x20 cm²	1 szt.	7392130182231	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,75	27,56	27,55	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,01
400	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Compress (Sorbact kompres), kompres wiążący bakterie, 7x9 cm²	1 szt.	7392130181258	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,78	10,72	8,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,64
401	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Compress (Sorbact kompres), kompres wiążący bakterie, 7x9 cm²	1 szt.	7392130181258	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,78	10,72	8,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,04
402	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact gel, opatrunek żelowy adsorbujący bakterie, 7,5x15 cm²	1 szt.	7392130181371	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,66	16,19	15,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,34
403	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact gel, opatrunek żelowy adsorbujący bakterie, 7,5x15 cm²	1 szt.	7392130181371	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,66	16,19	15,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,69
404	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact opatrunek piankowy, opatrunek piankowy, 15x15 cm²	1 szt.	7392130183153	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,53	27,74	27,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
405	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact opatrunek piankowy, opatrunek piankowy, 15x15 cm²	1 szt.	7392130183153	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,53	27,74	27,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
406	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 2x50 cm²	1 szt.	7392130181210	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,37	14,57	13,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,92
407	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 2x50 cm²	1 szt.	7392130181210	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,37	14,57	13,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,79
408	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 5x200 cm²	1 szt.	7392130181203	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,92	41,17	41,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,35
409	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 5x200 cm²	1 szt.	7392130181203	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,92	41,17	41,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
410	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x10 cm²	1 szt.	7392130185010	2016-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,80	15,02	13,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,37
411	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x10 cm²	1 szt.	7392130185010	2016-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,80	15,02	13,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,24
412	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x20 cm²	1 szt.	7392130185027	2016-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,60	28,45	27,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,17
413	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x20 cm²	1 szt.	7392130185027	2016-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,60	28,45	27,55	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,90
414	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x20 cm²	1 szt.	7392130185034	2016-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	43,20	54,22	54,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,27
415	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x20 cm²	1 szt.	7392130185034	2016-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	43,20	54,22	54,22	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
416	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x30 cm²	1 szt.	7392130185041	2016-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	64,80	79,08	79,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,72
417	Emplastri microfibricum cellulosae	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x30 cm²	1 szt.	7392130185041	2016-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	64,80	79,08	79,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
418	Emplastri microfibricum cellulosae	Suprasorb X, z uwodnionej celulozy, hydrobalans, sterylny, 14x20 cm, opatrunek, 14x20 cm²	1 szt.	4021447924724	2016-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,90	51,07	38,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,07
419	Emplastri microfibricum cellulosae	Suprasorb X, z uwodnionej celulozy, hydrobalans, sterylny, 14x20 cm, opatrunek, 14x20 cm²	1 szt.	4021447924724	2016-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,90	51,07	38,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,50
420	Emplastri microfibricum cellulosae	Suprasorb X, z uwodnionej celulozy, hydrobalans, sterylny, 2x21 cm, opatrunek, 2x21 cm²	1 szt.	4021447924755	2016-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	12,96	15,44	5,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
421	Emplastri microfibricum cellulosae	Suprasorb X, z uwodnionej celulozy, hydrobalans, sterylny, 2x21 cm, opatrunek, 2x21 cm²	1 szt.	4021447924755	2016-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	12,96	15,44	5,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,65
422	Emplastri microfibricum cellulosae	Suprasorb X, z uwodnionej celulozy, hydrobalans, sterylny, 9x9 cm, opatrunek, 9x9 cm²	1 szt.	4021447924663	2016-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,04	17,89	11,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,08
423	Emplastri microfibricum cellulosae	Suprasorb X, z uwodnionej celulozy, hydrobalans, sterylny, 9x9 cm, opatrunek, 9x9 cm²	1 szt.	4021447924663	2016-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,04	17,89	11,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,73
424	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean, opatrunek na rany, 10x10 cm	1 szt.	3546895520270	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,26	14,45	13,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,80
425	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean, opatrunek na rany, 15x15 cm	1 szt.	3546895520287	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,22	30,56	30,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,17
426	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean, opatrunek na rany, 15x20 cm	1 szt.	3546895520294	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	31,10	40,06	40,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,02
427	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean, opatrunek na rany, 6x6 cm	1 szt.	3546895520263	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,67	5,41	4,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,94
428	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean ROPE, opatrunek na rany, 40x5 cm	1 szt.	3546895520300	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,74	27,55	27,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,27
429	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border Sacrum; 20 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 20x20 cm²	1 szt.	3546895518147	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,63	52,57	52,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,77
430	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border; 10 cm x 10 cm, opatrunek na rany, 10x10 cm²	1 szt.	3546895518116	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,40	14,60	13,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,95
431	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border; 13 cm x 13 cm, opatrunek na rany, 13x13 cm²	1 szt.	3546895518123	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,58	23,64	23,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,34
432	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm²	1 szt.	3546895518130	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	31,22	40,18	40,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,05
433	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border; 8 cm x 8 cm, opatrunek na rany, 8x8 cm²	1 szt.	3546895518109	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,65	9,57	8,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,40
434	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Heel; 12 cm x 19 cm, opatrunek na rany, 12x19 cm²	1 szt.	3546895518093	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,73	31,14	31,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,34
435	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb; 10 cm x 10 cm, opatrunek na rany, 10x10 cm²	1 szt.	3546895518079	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,40	14,60	13,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,95
436	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm²	1 szt.	3546895518086	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	31,22	40,18	40,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
437	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul; 10 cm x 12 cm, opatrunek na rany, 10x12 cm²	1 szt.	3546895518048	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	12,48	17,21	16,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,64
438	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul; 10 cm x 12 cm, opatrunek na rany, 10x12 cm²	1 szt.	3546895518048	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	12,48	17,21	16,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,68
439	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm²	1 szt.	3546895518055	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	31,23	40,19	40,19	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,06
440	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm²	1 szt.	3546895518055	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	31,23	40,19	40,19	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
441	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul; 20 cm x 30 cm, opatrunek na rany, 20x30 cm²	1 szt.	3546895518062	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	62,46	76,62	76,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,99
442	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul; 20 cm x 30 cm, opatrunek na rany, 20x30 cm²	1 szt.	3546895518062	2016-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	62,46	76,62	76,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
443	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb adhesive opatrunek z superabsorbentem, samoprzylepny 12x12 cm, opatrunek z superabsorbentem, 12x12 cm	1 szt.	4021447587721	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	12,28	17,54	17,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,26
444	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 10x10 cm	1 szt.	4049500616713	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,66	13,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,10
445	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 10x10 cm	1 szt.	4049500616713	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,66	13,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
446	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 10x20 cm	1 szt.	4049500616751	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,25	27,04	27,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,11
447	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 10x20 cm	1 szt.	4049500616751	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,25	27,04	27,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
448	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 20x40 cm	1 szt.	4049500616874	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	77,76	94,51	94,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,35
449	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus, opatrunek z superabsorbentem, 20x40 cm	1 szt.	4049500616874	2018-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	77,76	94,51	94,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
450	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm²	1 szt.	5000223415587	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	7,61	9,14	3,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,86
451	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm²	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
452	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm²	1 szt.	5000223415594	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	14,85	17,79	6,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,32
453	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm²	1 szt.	5000223415594	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	14,85	17,79	6,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,41
454	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm²	1 szt.	5000223416799	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	22,67	27,09	10,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,71
455	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm²	1 szt.	5000223416799	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	22,67	27,09	10,55	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	16,54
456	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm²	1 szt.	5000223426705	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	9,07	10,56	2,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,50
457	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm²	1 szt.	5000223426705	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	9,07	10,56	2,95	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,61
458	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x10 cm²	1 szt.	5000223415846	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	4,70	5,67	2,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,21
459	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x10 cm²	1 szt.	5000223415846	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	4,70	5,67	2,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,59
460	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x20 cm²	1 szt.	5000223416775	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	8,64	10,54	4,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,62
461	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x20 cm²	1 szt.	5000223416775	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	8,64	10,54	4,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,37
462	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 20x20 cm²	1 szt.	5000223415853	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	18,77	22,42	8,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,58
463	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 20x20 cm²	1 szt.	5000223415853	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	18,77	22,42	8,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	14,08
464	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm²	1 szt.	5000223426736	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	23,54	27,89	10,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,83
465	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm²	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
466	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite, opatrunek, 10 x 550 cm²	1 szt.	0724004611870	2018-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	97,20	115,66	115,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,70
467	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite, opatrunek, 10 x 550 cm²	1 szt.	0724004611870	2018-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	97,20	115,66	115,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
468	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite, opatrunek, 7,62 x 550 cm²	1 szt.	0724004611856	2018-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	79,92	96,13	87,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
469	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite, opatrunek, 7,62 x 550 cm²	1 szt.	0724004611856	2018-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	79,92	96,13	87,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,79
470	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, na okolicę krzyżową sterylny, 18x20,5 cm, opatrunek, 18x20,5 cm²	1 szt.	4021447031002	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	18,85	22,33	7,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,95
471	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, na okolicę krzyżową sterylny, 18x20,5 cm, opatrunek, 18x20,5 cm²	1 szt.	4021447031002	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	18,85	22,33	7,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	14,64
472	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, nieprzylepna, 15x15 cm, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	4021447013183	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	12,15	14,40	4,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,12
473	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, nieprzylepna, 15x15 cm, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	4021447013183	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	12,15	14,40	4,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,71
474	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, samoprzylepna, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447013343	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	5,40	6,40	2,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,94
475	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, samoprzylepna, 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm²	1 szt.	4021447013343	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	5,40	6,40	2,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,32
476	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, samoprzylepna, 15x15 cm, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	4021447013367	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	10,93	13,13	4,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,85
477	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, samoprzylepna, 15x15 cm, opatrunek, 15x15 cm²	1 szt.	4021447013367	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	10,93	13,13	4,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,44
478	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, samoprzylepna, 7,5x7,5 cm, opatrunek, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	4021447013329	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	4,21	4,83	1,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,01
479	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P, pianka poliuretanowa, sterylna, samoprzylepna, 7,5x7,5 cm, opatrunek, 7,5x7,5 cm²	1 szt.	4021447013329	2016-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	4,21	4,83	1,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,66
480	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Aqvitox D, żel, 48 g	1 szt.	8588002628283	2018-11-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	21,60	29,53	29,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
481	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Aqvitox D, żel, 48 g	1 szt.	8588002628283	2018-11-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	21,60	29,53	29,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
482	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455057290	2016-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	9,99	13,71	12,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,11
483	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455057290	2016-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	9,99	13,71	12,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,42
484	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2016-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,91	12,58	12,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,98
485	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2016-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,91	12,58	12,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,29
486	Paski do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu	Keto-Diastix, test paskowy	50 szt.	5016003288302	2016-01-01	3 lata	219.1, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu	12,74	17,56	17,56	Cukrzyca		30%	5,27
487	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2016-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,81	38,49	38,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
488	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2016-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,81	38,49	38,49	Cukrzyca		30%	11,55
489	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2016-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,24	38,94	38,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,65
490	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2016-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,24	38,94	38,49	Cukrzyca		30%	12,00
491	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2018-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	59,94	73,70	73,70	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	6,40
492	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2018-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	59,94	73,70	73,70	Cukrzyca		30%	22,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2016-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,24	38,94	38,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,65
494	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2016-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,24	38,94	38,49	Cukrzyca		30%	12,00
495	Paski do oznaczania glukozy we krwi	BTM SuperCheck 1, test paskowy	50 pasków (2 fiol. po 25 szt.)	4719932588185	2016-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,62	37,24	37,24	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
496	Paski do oznaczania glukozy we krwi	BTM SuperCheck 1, test paskowy	50 pasków (2 fiol. po 25 szt.)	4719932588185	2016-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,62	37,24	37,24	Cukrzyca		30%	11,17
497	Paski do oznaczania glukozy we krwi	CareSens N, test paskowy	50 szt.	8809126640358	2016-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,24	38,94	38,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,65
498	Paski do oznaczania glukozy we krwi	CareSens N, test paskowy	50 szt.	8809126640358	2016-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,24	38,94	38,49	Cukrzyca		30%	12,00
499	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2016-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,05	37,69	37,69	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
500	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2016-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,05	37,69	37,69	Cukrzyca		30%	11,31
501	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2018-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,62	39,34	38,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	4,05
502	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2018-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,62	39,34	38,49	Cukrzyca		30%	12,40
503	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,78	39,51	38,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	4,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,78	39,51	38,49	Cukrzyca		30%	12,57
505	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,38	38,38	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
506	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,38	38,38	Cukrzyca		30%	11,51
507	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagomat Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862957	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,38	38,38	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
508	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagomat Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862957	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,38	38,38	Cukrzyca		30%	11,51
509	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAUVE ToGo, test paskowy	50 szt.	4717095033740	2018-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,92	34,41	34,41	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
510	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAUVE ToGo, test paskowy	50 szt.	4717095033740	2018-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,92	34,41	34,41	Cukrzyca		30%	10,32
511	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Eusure Test Paskowy, test paskowy	50 szt.	5907814464033	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,16	37,81	37,81	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
512	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Eusure Test Paskowy, test paskowy	50 szt.	5907814464033	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,16	37,81	37,81	Cukrzyca		30%	11,34
513	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2016-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,24	38,94	38,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,65
514	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2016-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,24	38,94	38,49	Cukrzyca		30%	12,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych 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	Evolution, test paskowy	50 szt. (2 fiol.po 25 szt.)	8809115901385	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,51	37,13	37,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
516	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evolution, test paskowy	50 szt. (2 fiol.po 25 szt.)	8809115901385	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,51	37,13	37,13	Cukrzyca		30%	11,14
517	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	36,67	36,67	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
518	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	36,67	36,67	Cukrzyca		30%	11,00
519	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2018-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,54	35,54	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
520	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2018-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,54	35,54	Cukrzyca		30%	10,66
521	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,38	38,03	38,03	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
522	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,38	38,03	38,03	Cukrzyca		30%	11,41
523	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard Vital Test Strip, test paskowy	50 pasków	5028939000101	2016-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,62	37,24	37,24	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
524	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard Vital Test Strip, test paskowy	50 pasków	5028939000101	2016-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,62	37,24	37,24	Cukrzyca		30%	11,17
525	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GlucoDr. auto/GlucoDr. auto A, test paskowy	50 szt.	8806128327010	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,65	38,32	38,32	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
526	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GlucoDr. auto/GlucoDr. auto A, test paskowy	50 szt.	8806128327010	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,65	38,32	38,32	Cukrzyca		30%	11,50
527	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2016-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,23	38,93	38,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,64
528	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2016-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,23	38,93	38,49	Cukrzyca		30%	11,99
529	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,24	38,94	38,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,65
530	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,24	38,94	38,49	Cukrzyca		30%	12,00
531	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	36,67	36,67	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
532	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	36,67	36,67	Cukrzyca		30%	11,00
533	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Gmate, test paskowy	50 szt.	8809301161012	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,38	38,38	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
534	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Gmate, test paskowy	50 szt.	8809301161012	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,38	38,38	Cukrzyca		30%	11,51
535	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,78	39,51	38,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	4,22
536	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	30,78	39,51	38,49	Cukrzyca		30%	12,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
537	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Microdot, test paskowy	50 szt.	5060141250035	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,67	36,67	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
538	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Microdot, test paskowy	50 szt.	5060141250035	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,67	36,67	Cukrzyca		30%	11,00
539	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	36,67	36,67	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
540	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	36,67	36,67	Cukrzyca		30%	11,00
541	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2018-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,92	34,41	34,41	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
542	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2018-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,92	34,41	34,41	Cukrzyca		30%	10,32
543	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 pasków	4030841005427	2018-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,86	38,54	38,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,25
544	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 pasków	4030841005427	2018-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,86	38,54	38,49	Cukrzyca		30%	11,60
545	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2016-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,97	38,66	38,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,37
546	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2016-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,97	38,66	38,49	Cukrzyca		30%	11,72
547	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Rightest GS100, test paskowy	50 szt. (2 opak.po 25 szt.)	4710627333462	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,54	35,54	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
548	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Rightest GS100, test paskowy	50 szt. (2 opak.po 25 szt.)	4710627333462	2016-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,54	35,54	Cukrzyca		30%	10,66
549	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Superior, test paskowy	50 szt.	4713072980519	2016-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,16	37,81	37,81	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
550	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Superior, test paskowy	50 szt.	4713072980519	2016-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,16	37,81	37,81	Cukrzyca		30%	11,34
551	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2016-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,67	36,67	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
552	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2016-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,67	36,67	Cukrzyca		30%	11,00
553	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 pasków	9120015788258	2018-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,11	37,76	37,76	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
554	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 pasków	9120015788258	2018-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,11	37,76	37,76	Cukrzyca		30%	11,33

B. Leki dostępne w ramach programu lekowego

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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	Abirateroni acetas	Zytiga, tabletki, 250 mg	120 tabl.	5909990896363	2017-11-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	13392,00	14061,60	14061,60	B.56.	bezpłatny	0 zł
2	Abirateroni acetas	Zytiga, tabletki powlekane, 500 mg	60 tabl.	5909991307080	2018-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	13392,00	14061,60	14061,60	B.56.	bezpłatny	0 zł
3	Adalimumabum	Humira, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strz. + 2 gaziki nasączone alkoholem	5909990005055	<1><2>2016-03-01/<3>2018-03-01/<4>2018-09-01/<5>2017-01-01	<1><2><4>3 lata/<3><5>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	4155,84	4363,63	4363,63	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.33.; <4>B.47.; <5>B.32.	bezpłatny	0 zł
4	Adalimumabum	Humira, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 fiol.+ 2 strz.	5909990005031	<1>2017-09-01/<2>2017-01-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	4155,84	4363,63	4363,63	<1>B.33.; <2>B.32.	bezpłatny	0 zł
5	Adefoviri dipivoxilum	Hepsera, tabl., 10 mg	30 tabl.	5909990009596	2016-07-01	3 lata	1051.1, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - adefowir	1239,84	1301,83	1301,83	B.1.	bezpłatny	0 zł
6	Afatinib	Giotrif, tabl. powl., 20 mg	28 tabl.	5909991083397	2018-11-01	3 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	7938,00	8334,90	8334,90	B.63.	bezpłatny	0 zł
7	Afatinib	Giotrif, tabl. powl., 30 mg	28 tabl.	5909991083434	2018-11-01	3 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	7938,00	8334,90	8334,90	B.63.	bezpłatny	0 zł
8	Afatinib	Giotrif, tabl. powl., 40 mg	28 tabl.	5909991083465	2018-11-01	3 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	7938,00	8334,90	8334,90	B.63.	bezpłatny	0 zł
9	Aflibercept	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.a 0,1 ml	3837000137095	2017-05-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	3035,88	3187,67	3187,67	B.70.	bezpłatny	0 zł
10	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	5909991039400	2017-07-01	2 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	1620,00	1701,00	1701,00	B.4.	bezpłatny	0 zł
11	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 8 ml	5909991039462	2017-07-01	2 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	3240,00	3402,00	3402,00	B.4.	bezpłatny	0 zł
12	Alemtuzumabum	Lemtrada, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg	1 fiol.	5909991088156	2017-05-01	2 lata	1160.0, Alemtuzumab	32270,40	33883,92	33883,92	B.29.	bezpłatny	0 zł
13	Alglucosidasum alfa	Myozyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 20 ml	5909990623853	2018-03-01	3 lata	1052.0, Alglucosidase alfa	1892,16	1986,77	1986,77	B.22.	bezpłatny	0 zł
14	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	5909991236618	2018-11-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	2309,01	2424,46	2424,46	B.101.	bezpłatny	0 zł
15	Anakinra	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml	28 amp.-strz.	7350031440300	2017-01-01	2 lata	1153.0, Anakinra	3533,76	3710,45	3710,45	B.86.	bezpłatny	0 zł
16	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	5 fiol. 20 ml	5909991247904	2018-05-01	2 lata	1177.0, Apomorfina	864,00	907,20	907,20	B.90	bezpłatny	0 zł
17	Axitinibum	Inlyta, tabl. powl., 1 mg	56 tabl.	5909991004439	2018-03-01	3 lata	1122.0, Aksytynib	3448,44	3620,86	3620,86	B.10.	bezpłatny	0 zł
18	Axitinibum	Inlyta, tabl. powl., 5 mg	56 tabl.	5909991004460	2018-03-01	3 lata	1122.0, Aksytynib	17236,80	18098,64	18098,64	B.10.	bezpłatny	0 zł
19	Betainum anhydricum	Cystadane, proszek doustny, 1 g	180 g	5909990031900	2017-01-01	3 lata	1084.0, Betaine anhydrous	1728,00	1814,40	1814,40	B.21.	bezpłatny	0 zł
20	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml	1 fiol.po 4 ml	5909990010486	<1>2017-07-01/<2>2018-03-01	3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1274,40	1338,12	1338,12	<1>B.4.; <2>B.50.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
21	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg/16 ml	1 fiol.po 16 ml	5909990010493	<1>2017-07-01/<2>2018-03-01	3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	5097,60	5352,48	5352,48	<1>B.4.; <2>B.50.	bezpłatny	0 zł
22	Bexarotenum	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg	100 kaps.	5909990213504	2017-01-01	2 lata	1129.0, Beksaroten	5454,00	5726,70	5726,70	B.66.	bezpłatny	0 zł
23	Bosentanum	Bopaho, tabl. powl., 125 mg	56 tabl.	5909991102869	2018-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1404,00	1474,20	1474,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
24	Bosentanum	Bopaho, tabl. powl., 62,5 mg	56 tabl.	5909991102807	2018-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	702,00	737,10	737,10	B.31.	bezpłatny	0 zł
25	Bosentanum	Bosentan Sandoz GmbH, tabletki powlekane, 125 mg	56 tabl.	5907626708004	2018-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1404,00	1474,20	1474,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
26	Bosentanum	Stayveer, tabl. powl., 0,125 g	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	7640161080027	2018-07-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1728,00	1814,40	1474,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
27	Bosutinibum	Bosulif, tabletki powlekane, 100 mg	28 tabl.	5909991056841	2017-07-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	2826,82	2968,16	2968,16	B.14.	bezpłatny	0 zł
28	Bosutinibum	Bosulif, tabletki powlekane, 500 mg	28 tabl.	5909991056865	2017-07-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	14134,14	14840,85	14840,80	B.14.	bezpłatny	0 zł
29	Brentuximabum vedotinum	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.	5909991004545	2018-05-01	2 lata	1142.0, Brentuksymab vedotin	13100,40	13755,42	13755,42	B.77.	bezpłatny	0 zł
30	Cabozantinibum	Cabometyx, tabletki powlekane, 20 mg	30 tabl.	3582186003947	2018-05-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	30412,80	31933,44	31933,44	B.10.	bezpłatny	0 zł
31	Cabozantinibum	Cabometyx, tabletki powlekane, 40 mg	30 tabl.	3582186003954	2018-05-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	30412,80	31933,44	31933,44	B.10.	bezpłatny	0 zł
32	Cabozantinibum	Cabometyx, tabletki powlekane, 60 mg	30 tabl.	3582186003961	2018-05-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	30412,80	31933,44	31933,44	B.10.	bezpłatny	0 zł
33	Certolizumabum pegol	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp.-strz., 200 mg/ml	2 amp.-strz.	5909990734894	2017-01-01	<1>2 lata 8 miesięcy/<2><3><4>2 lata	1104.0, Certolizumab pegol	4024,08	4225,28	4225,28	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.82.	bezpłatny	0 zł
34	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909990035946	<1>2017-07-01/<2>2017-11-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1057.0, Cetuximab	4266,00	4479,30	4479,30	<1>B.4.; <2>B.52.	bezpłatny	0 zł
35	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909990035922	<1>2017-07-01/<2>2017-11-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1057.0, Cetuximab	853,20	895,86	895,86	<1>B.4.; <2>B.52.	bezpłatny	0 zł
36	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Mylan, tabletki powlekane, 30 mg	28 tabl.	5902020926887	2018-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	324,00	340,20	340,20	B.39.	bezpłatny	0 zł
37	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Mylan, tabletki powlekane, 60 mg	28 tabl.	5902020926894	2018-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	594,00	623,70	623,70	B.39.	bezpłatny	0 zł
38	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	5909991256654	2016-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	414,00	434,70	434,70	B.39.	bezpłatny	0 zł
39	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	5909991256685	2016-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	827,99	869,39	869,39	B.39.	bezpłatny	0 zł
40	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	5909991256715	2016-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	1242,00	1304,10	1304,09	B.39.	bezpłatny	0 zł
41	Cinacalcetum	Cinacalcet Bioton, tabletki powlekane, 30 mg	28 tabl.	5909991253721	2017-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	291,60	306,18	306,18	B.39.	bezpłatny	0 zł
42	Cinacalcetum	Cinacalcet Bioton, tabletki powlekane, 30 mg	84 tabl.	5909991253738	2017-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	874,80	918,54	918,54	B.39.	bezpłatny	0 zł
43	Cinacalcetum	Cinacalcet Bioton, tabletki powlekane, 60 mg	28 tabl.	5909991253752	2017-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	583,20	612,36	612,36	B.39.	bezpłatny	0 zł
44	Cinacalcetum	Cinacalcet Bioton, tabletki powlekane, 60 mg	84 tabl.	5909991253769	2017-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	1749,60	1837,08	1837,08	B.39.	bezpłatny	0 zł
45	Cinacalcetum	Cinacalcet Bioton, tabletki powlekane, 90 mg	28 tabl.	5909991253783	2017-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	874,80	918,54	918,54	B.39.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
46	Cinacalcetum	Cinacalcet Bioton, tabletki powlekane, 90 mg	84 tabl.	5909991253790	2017-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	2624,40	2755,62	2755,62	B.39.	bezpłatny	0 zł
47	Cinacalcetum	Cinacalcet Teva, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	5909991270599	2016-11-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	367,20	385,56	385,56	B.39.	bezpłatny	0 zł
48	Cinacalcetum	Cinacalcet Teva, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	5909991270636	2016-11-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	734,40	771,12	771,12	B.39.	bezpłatny	0 zł
49	Cinacalcetum	Cinacalcet Teva, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	5909991270674	2016-11-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	1101,60	1156,68	1156,68	B.39.	bezpłatny	0 zł
50	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	5909990016297	2016-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	643,68	675,86	434,70	B.39.	bezpłatny	0 zł
51	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	5909990016341	2016-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	1281,96	1346,06	869,39	B.39.	bezpłatny	0 zł
52	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	5909990016389	2016-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	1924,56	2020,79	1304,09	B.39.	bezpłatny	0 zł
53	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg	60 szt. (6 blist. po 10 szt)	5909991004484	2018-11-01	2 lata	1151.0, Kryzotynib	25758,00	27045,90	27045,90	B.6.	bezpłatny	0 zł
54	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg	60 szt. (6 blist. po 10 szt)	5909991004507	2018-11-01	2 lata	1151.0, Kryzotynib	25758,00	27045,90	27045,90	B.6.	bezpłatny	0 zł
55	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	120 kaps.	5909991078591	2017-03-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	21985,44	23084,71	23084,71	B.72.	bezpłatny	0 zł
56	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	28 kaps.	5909991078584	2017-03-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	5129,94	5386,44	5386,44	B.72.	bezpłatny	0 zł
57	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	120 kaps.	5909991078645	2017-03-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	32978,16	34627,07	34627,07	B.72.	bezpłatny	0 zł
58	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	28 kaps	5909991078607	2017-03-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	7694,90	8079,65	8079,65	B.72.	bezpłatny	0 zł
59	Daklatasvirum	Daklinza, tabl. powl., 60 mg	28 tabl. powl.	5909991184971	2017-09-01	2 lata	1135.2, Leki przeciwwirusowe - daklataswir	45288,72	47553,16	47553,16	B.71.	bezpłatny	0 zł
60	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990738779	2016-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	136,08	142,88	142,88	B.37.	bezpłatny	0 zł
61	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	5909990738793	2016-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	204,12	214,33	214,33	B.37.	bezpłatny	0 zł
62	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 40 µg/0,4 ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	5909990738847	2016-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	272,16	285,77	285,77	B.37.	bezpłatny	0 zł
63	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990738861	2016-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	340,20	357,21	357,21	B.37.	bezpłatny	0 zł
64	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 60 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	5909990738885	2016-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	408,24	428,65	428,65	B.37.	bezpłatny	0 zł
65	Dasabuvirum	Exviera, tabl. powl., 250 mg	56 tabl.	8054083006499	2017-03-01	2 lata	1135.1, Leki przeciwwirusowe - dazabuwir	4672,10	4905,71	4905,71	B.71.	bezpłatny	0 zł
66	Dasatynibum	Sprycel, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	5909990671601	<1>01.11.2016/<2>01.11.2018	3 lata	1059.0, Dazatynib	14009,68	14710,16	14710,16	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
67	Dasatynibum	Sprycel, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	5909990818655	<1>01.11.2016/<2>01.11.2018	3 lata	1059.0, Dazatynib	19613,56	20594,24	20594,23	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
68	Dasatynibum	Sprycel, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	5909990621323	<1>01.11.2016/<2>01.11.2018	3 lata	1059.0, Dazatynib	5603,87	5884,06	5884,06	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
69	Dasatynibum	Sprycel, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	5909990621354	<1>01.11.2016/<2>01.11.2018	3 lata	1059.0, Dazatynib	14009,68	14710,16	14710,16	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
70	Dasatynibum	Sprycel, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	5909990818631	<1>01.11.2016/<2>01.11.2018	3 lata	1059.0, Dazatynib	11207,74	11768,13	11768,13	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
71	Deferazyroxum	Exjade, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg	28 szt.	5909990613007	2016-09-01	3 lata	1112.0, Deferazyroks	707,32	742,69	742,69	B.49.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
72	Deferazyroxum	Exjade, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	28 tabl.	5909990613021	2016-09-01	3 lata	1112.0, Deferazyroks	1414,65	1485,38	1485,38	B.49.	bezpłatny	0 zł
73	Deferazyroxum	Exjade, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	28 tabl.	5909990613045	2016-09-01	3 lata	1112.0, Deferazyroks	2829,29	2970,75	2970,75	B.49.	bezpłatny	0 zł
74	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 kaps.	0646520415445	2018-07-01	2 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	1216,08	1276,88	1276,88	B.29.	bezpłatny	0 zł
75	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 kaps.	0646520415452	2018-07-01	2 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	4867,56	5110,94	5110,94	B.29.	bezpłatny	0 zł
76	Eculizumabum	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	5909990643776	2018-01-01	2 lata	1171.0, Ekulizumab	21627,00	22708,35	22708,35	B.95.; B.96.	bezpłatny	0 zł
77	Efmoroctocog 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	5909991246488	2018-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3229,20	3390,66	2778,30	B.94.	bezpłatny	0 zł
78	Efmoroctocog 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	5909991246495	2018-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4843,80	5085,99	4167,45	B.94.	bezpłatny	0 zł
79	Efmoroctocog 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	5909991246501	2018-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	6458,40	6781,32	5556,60	B.94.	bezpłatny	0 zł
80	Efmoroctocog 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	5909991246457	2018-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	807,30	847,67	694,58	B.94.	bezpłatny	0 zł
81	Efmoroctocog 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	5909991246518	2018-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	9687,60	10171,98	8334,90	B.94.	bezpłatny	0 zł
82	Efmoroctocog 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	5909991246464	2018-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1614,60	1695,33	1389,15	B.94.	bezpłatny	0 zł
83	Elbasvirum + Grazoprevirum	Zepatier, tabl. powl., 50+100 mg	28 szt.	5901549325102	2017-05-01	2 lata	1135.5, Leki przeciwwirusowe - elbaswir, grazoprewir	45800,81	48090,85	48090,85	B.71.	bezpłatny	0 zł
84	Eltrombopagum	Revolade, tabletki powlekane, 25 mg	28 tabl.	5909990748204	2018-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	4290,98	4505,53	4505,53	B.97.; B.98.	bezpłatny	0 zł
85	Eltrombopagum	Revolade, tabletki powlekane, 50 mg	28 tabl.	5909990748235	2018-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	8581,96	9011,06	9011,06	B.97.; B.98.	bezpłatny	0 zł
86	Entecavirum	Entecavir Accord, tabletki powlekane, 0,5 mg	30 tabl.	5055565742532	2018-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	432,00	453,60	453,60	B.1.	bezpłatny	0 zł
87	Entecavirum	Entecavir Accord, tabletki powlekane, 1 mg	30 tabl.	5055565742549	2018-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	864,00	907,20	907,20	B.1.	bezpłatny	0 zł
88	Entecavirum	Entecavir Alvogen, tabletki powlekane, 0,5 mg	30 tabl.	5909991342319	2018-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	513,00	538,65	538,65	B.1.	bezpłatny	0 zł
89	Entecavirum	Entecavir Alvogen, tabletki powlekane, 1 mg	30 tabl.	5909991342333	2018-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	1026,00	1077,30	1077,30	B.1.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
90	Entecavirum	Entecavir Mylan, tabletki powlekane, 0,5 mg	30 tabl.	5902020926979	2018-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	313,20	328,86	328,86	B.1.	bezpłatny	0 zł
91	Entecavirum	Entecavir Mylan, tabletki powlekane, 1 mg	30 tabl.	5902020926986	2018-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	626,40	657,72	657,72	B.1.	bezpłatny	0 zł
92	Entecavirum	Entecavir Polpharma, tabletki powlekane, 0,5 mg	30 tabl.	5909991337957	2018-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	432,00	453,60	453,60	B.1.	bezpłatny	0 zł
93	Entecavirum	Entecavir Polpharma, tabletki powlekane, 1 mg	30 tabl.	5909991337971	2018-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	864,00	907,20	907,20	B.1.	bezpłatny	0 zł
94	Entecavirum	Entecavir Sandoz, tabletki powlekane, 0,5 mg	30 tabl.	5907626707946	2018-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	431,46	453,03	453,03	B.1.	bezpłatny	0 zł
95	Entecavirum	Entecavir Sandoz, tabletki powlekane, 1 mg	30 tabl.	5907626707953	2018-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	862,92	906,07	906,07	B.1.	bezpłatny	0 zł
96	Entecavirum	Entecavir Stada, tabletki powlekane, 0,5 mg	30 tabl.	5909991338022	2018-05-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	286,20	300,51	300,51	B.1.	bezpłatny	0 zł
97	Entecavirum	Entecavir Stada, tabletki powlekane, 1 mg	30 tabl.	5909991338046	2018-05-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	572,40	601,02	601,02	B.1.	bezpłatny	0 zł
98	Entecavirum	Entecavir Teva, tabletki powlekane, 0,5 mg	30 tabl.	5909991337865	2017-11-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	513,00	538,65	538,65	B.1.	bezpłatny	0 zł
99	Entecavirum	Entecavir Teva, tabletki powlekane, 1 mg	30 tabl.	5909991337926	2017-11-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	1026,00	1077,30	1077,30	B.1.	bezpłatny	0 zł
100	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabletki powlekane, 0,5 mg	30 tabl.	5906414003123	2018-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	432,00	453,60	453,60	B.1.	bezpłatny	0 zł
101	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabletki powlekane, 1 mg	30 tabl.	5906414003130	2018-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	864,00	907,20	907,20	B.1.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
102	Entekavirum	Baraclude, tabl. powl., 0,5 mg	30 tabl.	5909990619177	2018-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	1541,54	1618,62	652,05	B.1.	bezpłatny	0 zł
103	Entekavirum	Baraclude, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	5909990619191	2018-07-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	1541,54	1618,62	1304,10	B.1.	bezpłatny	0 zł
104	Entekavirum	Entecavir Glenmark, tabletki powlekane, 0,5 mg	30 szt.	5902020241553	2017-09-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	627,75	659,14	652,05	B.1.	bezpłatny	0 zł
105	Entekavirum	Entecavir Glenmark, tabletki powlekane, 1 mg	30 szt.	5902020241560	2017-09-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	1242,00	1304,10	1304,10	B.1.	bezpłatny	0 zł
106	Enzalutamidum	Xtandi, kapsułka miękka, 40 mg	112 kaps.	5909991080938	2017-11-01	2 lata	1168.0, Enzalutamid	13296,96	13961,81	13961,81	B.56.	bezpłatny	0 zł
107	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990072378	2016-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	162,00	170,10	170,10	B.37.	bezpłatny	0 zł
108	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml	6 amp-strz.po 1 ml	5909990072392	2016-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	324,00	340,20	340,20	B.37.	bezpłatny	0 zł
109	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml	6 amp-strz.po 0,3 ml	5909990072439	2016-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	486,00	510,30	510,30	B.37.	bezpłatny	0 zł
110	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml	6 amp-strz.po 0,4 ml	5909990072453	2016-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	648,00	680,40	680,40	B.37.	bezpłatny	0 zł
111	Epoprostenol	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg	1 fiol.po 0,5 mg	5909991089085	2018-11-01	2 lata	1130.0, Epoprostenol	97,20	102,06	102,06	B.31.	bezpłatny	0 zł
112	Epoprostenol	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg	1 fiol.po 1,5 mg	5909991089092	2018-11-01	2 lata	1130.0, Epoprostenol	291,60	306,18	306,18	B.31.	bezpłatny	0 zł
113	Erlotinib	Tarceva, tabl. powl., 100 mg	30 tabl. powl.	5909990334278	2017-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	6588,00	6917,40	6917,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
114	Erlotinib	Tarceva, tabl. powl., 150 mg	30 tabl. powl.	5909990334285	2017-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	8208,00	8618,40	8618,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
115	Erlotinib	Tarceva, tabl. powl., 25 mg	30 tabl. powl.	5909990334261	2017-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	1965,60	2063,88	2063,88	B.6.	bezpłatny	0 zł
116	Etanerceptum	Benepali, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strzyk. 0,51 ml	5713219503747	2017-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1498,50	1573,43	1445,85	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
117	Etanerceptum	Benepali, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-wstrz.po 1 ml	5713219479288	<1><2><3>2016-07-01/ <4>2018-07-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2754,00	2891,70	2891,70	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.	bezpłatny	0 zł
118	Etanerceptum	Benepali, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg	4 wstrz.po 1 ml	5713219479295	<1><2><3>2016-07-01/ <4>2018-07-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2754,00	2891,70	2891,70	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.	bezpłatny	0 zł
119	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	5909990880881	2016-09-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	799,20	839,16	578,34	B.33.	bezpłatny	0 zł
120	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	5909990777938	<1><2><3>2016-09-01/<4>2018-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1890,00	1984,50	1445,85	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.	bezpłatny	0 zł
121	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-strz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	5909990618255	<1><2><3>2016-07-01/<4>2018-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	3780,00	3969,00	2891,70	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
122	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg	4 wstrz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	5909990712755	<1><2><3>2016-07-01/<4>2018-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	3780,00	3969,00	2891,70	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.	bezpłatny	0 zł
123	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	9002260025770	2017-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1498,50	1573,43	1445,85	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
124	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk.	9002260025794	2017-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2997,00	3146,85	2891,70	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
125	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	9002260025787	2017-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2997,00	3146,85	2891,70	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
126	Everolimusum	Afinitor, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990711598	<1>2016-07-01/<2>2017-11-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	16159,18	16967,14	16967,14	<1>B.10.; <2>B.53.	bezpłatny	0 zł
127	Everolimusum	Afinitor, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990711567	<1>2016-07-01/<2>2017-11-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	12088,44	12692,86	12692,86	<1>B.10.; <2>B.53.	bezpłatny	0 zł
128	Everolimusum	Votubia, tabl., 10 mg	30 tabl.	5909990900602	2017-05-01	2 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	16159,18	16967,14	16967,14	B.89.	bezpłatny	0 zł
129	Everolimusum	Votubia, tabl., 2,5 mg	30 tabl.	5909990900565	2017-05-01	2 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	6429,78	6751,27	4241,79	B.89.	bezpłatny	0 zł
130	Everolimusum	Votubia, tabl., 5 mg	30 tabl.	5909990900589	2017-05-01	2 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	12088,44	12692,86	8483,57	B.89.	bezpłatny	0 zł
131	Factor IX coagulationis humanus	Berinin P 1200, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1200 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 10 ml + 1 zestaw transferowy	5909990930500	2016-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	3028,92	3180,37	1998,11	B.15.	bezpłatny	0 zł
132	Factor IX coagulationis humanus	Berinin P 600, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 600 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml + 1 zestaw transferowy	5909990930562	2016-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1514,46	1590,18	999,06	B.15.	bezpłatny	0 zł
133	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	5909990645220	2016-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1902,96	1998,11	1998,11	B.15.	bezpłatny	0 zł
134	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	5909990643110	2016-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	951,48	999,05	999,05	B.15.	bezpłatny	0 zł
135	Factor IX coagulationis humanus	Mononine, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 10 ml + 1 zestaw	5909990623563	2016-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	2759,23	2897,19	1665,09	B.15.	bezpłatny	0 zł
136	Factor IX coagulationis humanus	Mononine, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml + 1 zestaw	5909990623549	2016-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1379,61	1448,59	832,55	B.15.	bezpłatny	0 zł
137	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 1000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.	5909990799374	2016-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	2041,20	2143,26	1665,09	B.15.	bezpłatny	0 zł
138	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol.	5909990799367	2016-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1020,60	1071,63	832,55	B.15.	bezpłatny	0 zł
139	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	5909991213695	2016-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	2041,20	2143,26	2143,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
140	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 250, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 250 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 2,5 ml	5909991213640	2016-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	510,30	535,82	535,82	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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	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	5909991213688	2016-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1020,60	1071,63	1071,63	B.15.	bezpłatny	0 zł
142	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	5909990573615	2016-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1423,44	1494,61	1494,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
143	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	5909990573554	2016-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	355,86	373,65	373,65	B.15.	bezpłatny	0 zł
144	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	5909990573561	2016-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	711,72	747,31	747,31	B.15.	bezpłatny	0 zł
145	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	5909990825349	2016-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	2041,20	2143,26	2143,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
146	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	5909990825301	2016-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	510,30	535,82	535,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
147	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	5909990825332	2016-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1020,60	1071,63	1071,63	B.15.	bezpłatny	0 zł
148	Fingolimodum	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg	28 kaps.	5909990856480	2018-03-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	6789,42	7128,89	7128,89	B.46.	bezpłatny	0 zł
149	Galsulfasum	Naglazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990614745	2018-03-01	2 lata	1060.0, Galsulfase	5400,00	5670,00	5670,00	B.26.	bezpłatny	0 zł
150	Gefitynibum	Iressa, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	5909990717231	2018-03-01	1 rok 2 miesiące	1087.0, Gefitynibum	8748,00	9185,40	9185,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
151	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	28 szt. (4 blist.po 7 amp.-strz.po 1 ml)	5909990017065	2018-07-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	3780,00	3969,00	2863,35	B.29.	bezpłatny	0 zł
152	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	5909991216382	2017-11-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	3510,00	3685,50	2454,30	B.29.	bezpłatny	0 zł
153	Glatirameri acetas	Remurel, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	28 amp.-strz.	5909991282882	2018-11-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2727,00	2863,35	2863,35	B.29.	bezpłatny	0 zł
154	Glatirameri acetas	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	5909991353926	2018-07-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2430,00	2551,50	2454,30	B.29.	bezpłatny	0 zł
155	Glecaprevirum + Pibrentasvirum	Maviret, tabletki powlekane, 100+40 mg	84 szt.	8054083015927	2018-09-01	2 lata	1179.0, Glecaprevir + Pibrentasvir	66528,00	69854,40	69854,40	B.71.	bezpłatny	0 zł
156	Golimumabum	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	1 wstrzykiwacz	5909990717187	2018-03-01	1 rok 6 miesięcy	1050.4, blokery TNF - golimumab	3696,84	3881,68	3881,68	B.35.; B.33.; B.36.	bezpłatny	0 zł
157	Ibrutinibum	Imbruvica, kapsułki twarde, 140 mg	90 kaps.	5909991195137	2017-09-01	2 lata	1166.0, Ibrutynib	24885,80	26130,09	26130,09	B.92.	bezpłatny	0 zł
158	Idursulfasum	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 3 ml	5909990053742	2017-01-01	3 lata	1062.0, Idursulfase	11340,00	11907,00	11907,00	B.25.	bezpłatny	0 zł
159	Iloprostum	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml	42 szt.	5908229300633	2016-01-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1896,05	1990,85	1990,85	B.31.	bezpłatny	0 zł
160	Iloprostum	Ventavis , roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml	30 amp.po 1 ml	5909990609079	2016-07-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1354,32	1422,04	1422,04	B.31.	bezpłatny	0 zł
161	Imatinibum	Glivec, tabl. powl., 100 mg	120 tabl.	5909990010356	2018-09-01	3 lata	1064.0, Imatynib	8976,00	9424,80	9424,80	B.3.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
162	Imatinibum	Glivec, tabl. powl., 400 mg	90 szt.	5909990010349	2018-07-01	3 lata	1064.0, Imatynib	26928,00	28274,40	28274,40	B.3.	bezpłatny	0 zł
163	Imiglucerasum	Cerezyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.	5909990943012	2016-07-01	3 lata	1065.0, Imiglucerasum	6886,08	7230,38	7230,38	B.23.	bezpłatny	0 zł
164	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909990836055	<1>2016-01-01/<2><3>2017-05-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1620,00	1701,00	1701,00	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
165	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	5909990836062	<1>2016-01-01/<2><3>2017-05-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	3240,00	3402,00	3402,00	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
166	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909990836079	<1>2016-01-01/<2><3>2017-05-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	810,00	850,50	850,50	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
167	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909990797868	<1>2016-01-01/<2><3>2017-05-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	810,00	850,50	850,50	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
168	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	5909990797875	<1>2016-07-01/<2><3>2017-05-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1620,00	1701,00	1701,00	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
169	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 400 ml	5909990797882	<1>2016-07-01/<2><3>2017-05-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	3240,00	3402,00	3402,00	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
170	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909990797899	<1>2016-01-01/<2><3>2017-05-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	405,00	425,25	425,25	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
171	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.a 50 ml	5909991067380	2017-07-01	2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2052,00	2154,60	2154,60	B.62.	bezpłatny	0 zł
172	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990869572	<1>2016-01-01/<2>2017-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	410,40	430,92	430,92	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
173	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 20 ml	5909990869657	<1>2016-01-01/<2>2017-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	820,80	861,84	861,84	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
174	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990869541	<1>2016-01-01/<2>2017-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	205,20	215,46	215,46	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
175	Immunoglobulinum humanum	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909990725793	<1>2016-01-01/<2>2018-11-01/<3>2017-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2052,00	2154,60	2154,60	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
176	Immunoglobulinum humanum	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	5909990725809	<1>2016-01-01/<2>2018-11-01/<3>2017-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4104,00	4309,20	4309,20	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
177	Immunoglobulinum humanum	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	5909990725823	<1>2016-01-01/<2>2018-11-01/<3>2017-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	513,00	538,65	538,65	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
178	Immunoglobulinum humanum	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 400 ml	5909991078676	<1>2018-11-01/<2>2017-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	8208,00	8618,40	8618,40	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
179	Immunoglobulinum humanum	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909990725786	<1>2016-01-01/<2>2018-11-01/<3>2017-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1026,00	1077,30	1077,30	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
180	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	5909991292898	2017-11-01	<1>5 lat/<2>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	410,40	430,92	430,92	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
181	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	5909991292874	2017-11-01	<1>5 lat/<2>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	820,80	861,84	861,84	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
182	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 40 ml	5909991292904	2017-11-01	<1>5 lat/<2>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1641,60	1723,68	1723,68	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
183	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 5 ml	5909991292881	2017-11-01	<1>5 lat/<2>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	205,20	215,46	215,46	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
184	Immunoglobulinum humanum normale	Gammanorm, roztwór do wstrzykiwań, 165 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990729883	<1>2016-01-01/<2>2017-09-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	338,58	355,51	355,51	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
185	Immunoglobulinum humanum normale	Gammanorm, roztwór do wstrzykiwań, 165 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909990729944	<1>2018-07-01/<2>2017-03-01	2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	677,16	711,02	711,02	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
186	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909991072896	2018-07-01	2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1998,00	2097,90	2097,90	<1>B.78./<2>B.17.	bezpłatny	0 zł
187	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	5909991072902	2018-07-01	2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3996,00	4195,80	4195,80	<1>B.78./<2>B.17.	bezpłatny	0 zł
188	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	5909991072872	2018-07-01	2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	499,50	524,48	524,48	<1>B.78./<2>B.17.	bezpłatny	0 zł
189	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 300 ml	5909991072926	2018-07-01	2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	5994,00	6293,70	6293,70	<1>B.78./<2>B.17.	bezpłatny	0 zł
190	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909991072889	2018-07-01	2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	999,00	1048,95	1048,95	<1>B.78./<2>B.17.	bezpłatny	0 zł
191	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	5909990425143	<1>2016-01-01/<2>2018-09-01/<3>2017-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	205,20	215,46	215,46	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
192	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 100 ml	5909990425174	<1>2016-01-01/<2>2018-09-01/<3>2017-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2052,00	2154,60	2154,60	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
193	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 200 ml	5909990425181	<1>2016-01-01/<2>2018-09-01/<3>2017-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4104,00	4309,20	4309,20	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
194	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 25 ml	5909990425150	<1>2016-01-01/<2>2018-09-01/<3>2017-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	513,00	538,65	538,65	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
195	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 300 ml	5909990782208	<1>2016-01-01/<2>2018-09-01/<3>2017-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	6156,00	6463,80	6463,80	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
196	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 50 ml	5909990425167	<1>2016-01-01/<2>2018-09-01/<3>2017-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1026,00	1077,30	1077,30	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
197	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 butelka 100 ml	5909991268480	2017-05-01	<1>5 lat/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1620,00	1701,00	1701,00	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
198	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 butelka 200 ml	5909991268473	2017-05-01	<1>5 lat/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	3240,00	3402,00	3402,00	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
199	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	5909991268459	2017-05-01	<1>5 lat/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4860,00	5103,00	5103,00	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
200	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 butelka 50 ml	5909991268497	2017-05-01	<1>5 lat/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	810,00	850,50	850,50	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
201	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 butelka 60 ml	5909991268503	2017-05-01	<1>5 lat/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	972,00	1020,60	1020,60	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
202	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	5909991268466	2017-05-01	<1>5 lat/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	162,00	170,10	170,10	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
203	Immunoglobulinum humanum normale	Panzyga, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 25 ml	5909991268510	2017-05-01	<1>5 lat/<2><3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	405,00	425,25	425,25	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
204	Immunoglobulinum humanum normale	Subcuvia, roztwór do wstrzykiwań, 0,16 g/ml	10 ml	5909990420490	2016-01-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	367,20	385,56	344,74	B.17.	bezpłatny	0 zł
205	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Gammagard S/D, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 125 ml + zestaw infuzyjny	5909990756216	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1150,20	1207,71	1077,30	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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
206	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 100 ml + zest. do infuzji	5909990049875	<1>2016-01-01/<2>2018-11-01/<3>2017-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	793,80	833,49	833,49	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
207	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 20 ml	5909990049868	2016-01-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	158,76	166,70	166,70	B.17.	bezpłatny	0 zł
208	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 200 ml + zest. do infuzji	5909990049882	<1>2016-01-01/<2>2018-11-01/<3>2017-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1587,60	1666,98	1666,98	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
209	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 50 ml + zest. do infuzji	5909990049851	<1>2016-01-01/<2>2018-11-01/<3>2017-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	396,90	416,75	416,75	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
210	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam, roztwór do infuzji, 10 g/200 ml	1 but.po 200 ml	5909990762712	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2007,12	2107,48	2107,48	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
211	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam, roztwór do infuzji, 2,5 g/50 ml	1 but.po 50 ml	5909990762514	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	501,78	526,87	526,87	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
212	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam, roztwór do infuzji, 5 g/100 ml	1 but.po 100 ml	5909990762613	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1003,56	1053,74	1053,74	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
213	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 but.po 100 ml	5909990763887	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2007,12	2107,48	2107,48	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
214	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 but.po 20 ml	5909990763863	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	401,43	421,50	421,50	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
215	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 but.po 200 ml	5909990763894	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4014,23	4214,94	4214,94	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
216	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 but.po 50 ml	5909990763870	<1>2016-01-01/<2>2017-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1003,56	1053,74	1053,74	<1>B.17.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
217	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Sandoglobulin P, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 6 g	1 but.po 6 g	5909990354412	2017-03-01	2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	972,00	1020,60	1020,60	B.62.; B.67.	bezpłatny	0 zł
218	Infliximabum	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	5713219492751	<1><2><3><4><5>2018-01-01/<6>2018-07-01	<1><2><3><4><6>3 lata/<5>2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	999,00	1048,95	1048,95	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.32.a.; <5>B.55.;<6>B.47.	bezpłatny	0 zł
219	Infliximabum	Inflectra, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	5909991078881	<1><2><3>2016-01-01/<4><5>2017-01-01	<1><2><3>3 lata/<4><5>2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	1436,40	1508,22	1048,95	<1>B.33.; <2> B.35.; <3> B.36.; <4> B.32.; <5>B.55.	bezpłatny	0 zł
220	Infliximabum	Remicade, proszek do sporządzania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 0,1 g	1 fiol.po 20 ml	5909990900114	<1><2><3>2016-07-01/<4>2017-03-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	1941,13	2038,19	1048,95	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.32.	bezpłatny	0 zł
221	Infliximabum	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	5909991086305	<1><2><3>2016-01-01/<4>2017-07-01/<5><6>2017-01-01	<1><2><3>3 lata/<4><5><6>2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	1436,40	1508,22	1048,95	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.32.; <6> B.55.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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
222	Interferonum alfa-2a	Roferon-a, roztwór do wstrzykiwań, 3 mln j.m./0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml + igła	5909990465118	<1><2><3>2016-07-01/<4>2018-09-01	3 lata	1024.2, Interferonum alfa recombinatum 2a	44,60	46,83	46,83	<1>B.2.; <2>B.1.	bezpłatny	0 zł
223	Interferonum alfa-2a	Roferon-a, roztwór do wstrzykiwań, 6 mln j.m./0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml + igła	5909990465316	<1><2><3>2016-07-01/<4>2018-09-01	3 lata	1024.2, Interferonum alfa recombinatum 2a	89,21	93,67	93,67	<1>B.2.; <2>B.1.	bezpłatny	0 zł
224	Interferonum alfa-2a	Roferon-a, roztwór do wstrzykiwań, 9 mln j.m./0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml + igła	5909990465415	<1><2><3>2016-07-01/<4>2018-09-01	3 lata	1024.2, Interferonum alfa recombinatum 2a	133,81	140,50	140,50	<1>B.2.; <2>B.1.	bezpłatny	0 zł
225	Interferonum alfa-2b	IntronA, roztwór do wstrzykiwań, 15 mln j.m./ml	1 doz.po 1,2 ml + 12 zest. (1 zest.: igła do wstrzyk. + wacik)	5909990858118	2016-07-01	3 lata	1024.3, Interferonum alfa recombinatum 2b	302,10	317,21	317,21	B.2.; B.1.	bezpłatny	0 zł
226	Interferonum alfa-2b	IntronA, roztwór do wstrzykiwań, 25 mln j.m./ml	1 doz.po 1,2 ml + 12 zest. (1 zest.: igła do wstrzyk. + wacik)	5909990858217	2016-07-01	3 lata	1024.3, Interferonum alfa recombinatum 2b	503,49	528,66	528,66	B.2.; B.1.	bezpłatny	0 zł
227	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 amp.-strz. + 4 igły	5909990008148	2018-07-01	2 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	3402,00	3572,10	3572,10	B.29.	bezpłatny	0 zł
228	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 wstrz.	5909991001407	2018-07-01	2 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	3402,00	3572,10	3572,10	B.29.	bezpłatny	0 zł
229	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	12 amp.-strz.a 0,5 ml	5909990874934	2018-09-01	2 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	4004,99	4205,24	4205,24	B.29.	bezpłatny	0 zł
230	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	4 wkł.a 1,5 ml	5909990728497	2018-09-01	2 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	4004,99	4205,24	4205,24	B.29.	bezpłatny	0 zł
231	Interferonum beta-1b	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 µg/ml	15 zest.	5909990619375	2018-07-01	2 lata	1024.5, Interferonum beta 1b	2727,00	2863,35	2863,35	B.29.	bezpłatny	0 zł
232	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990872442	2018-03-01	3 lata	1124.0, Ipilimumab	14462,94	15186,09	15186,09	B.59.	bezpłatny	0 zł
233	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	5909990872459	2018-03-01	3 lata	1124.0, Ipilimumab	57851,76	60744,35	60744,35	B.59.	bezpłatny	0 zł
234	Ixekizumabum	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/1 ml	2 wstrzykiwacze	5909991282950	2018-11-01	2 lata	1184.0, Iksekizumab	9280,85	9744,89	9744,89	B.47.	bezpłatny	0 zł
235	Kobimetynib	Cotellic, tabl. powl., 20 mg	63 szt.	5902768001136	2017-03-01	2 lata	1158.0, Kobimetynib	25030,93	26282,48	26282,48	B.48.	bezpłatny	0 zł
236	Lamivudinum	Lamivudine Mylan, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	5909991259907	<1>2016-11-01/<2>2017-09-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	121,50	127,58	127,58	<1>B.1.; <2>B.43.	bezpłatny	0 zł
237	Lamivudinum	Zeffix, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	5909990479610	<1>2016-01-01/<2>2016-09-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	162,00	170,10	127,58	<1>B.1.; <2>B.43.	bezpłatny	0 zł
238	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powl., 250 mg	140 tabl.(but.)	5909990851973	2018-05-01	3 lata	1068.0, Lapatynib	6457,49	6780,36	6780,36	B.9.	bezpłatny	0 zł
239	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powl., 250 mg	70 tabl.(but.)	5909990851966	2018-05-01	3 lata	1068.0, Lapatynib	3228,75	3390,19	3390,19	B.9.	bezpłatny	0 zł
240	Laronidasum	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml	1 fiol.po 5 ml	5909990005673	2016-07-01	3 lata	1069.0, Laronidasum	2808,00	2948,40	2948,40	B.24.	bezpłatny	0 zł
241	Ledipasvirum + Sofosbuvirum	Harvoni, tabl. powl., 90+400 mg	28 szt.	5391507141217	2017-11-01	2 lata	1135.3, Leki przeciwwirusowe - ledipaswir, sofosbuwir	70200,00	73710,00	73710,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
242	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 10 mg	21 kaps.	5909990086702	<1>2018-05-01/<2>2017-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1120.0, Lenalidomid	14276,96	14990,81	14990,81	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
243	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 15 mg	21 kaps.	5909990086764	2018-05-01	3 lata	1120.0, Lenalidomid	15059,12	15812,08	15812,08	B.54.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
244	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 2,5 mg	21 kaps.	5909991185626	2017-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	18155,80	19063,59	19063,59	B.84.	bezpłatny	0 zł
245	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 2,5 mg	7 kaps.	5909991185633	2017-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	6051,93	6354,53	6354,53	B.84.	bezpłatny	0 zł
246	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 25 mg	21 kaps.	5909990086771	2018-05-01	3 lata	1120.0, Lenalidomid	16564,76	17393,00	17393,00	B.54.	bezpłatny	0 zł
247	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 5 mg	21 kaps.	5909990086696	<1>2018-05-01/<2>2017-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1120.0, Lenalidomid	13616,86	14297,70	14297,70	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
248	Leuprorelinum	Lucrin Depot, mikrosfery do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 3,75 mg	1 zest.	5909990686117	<1>2016-07-01/<2>2017-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1070.1, analogi gonadoliberyny - leuprorelina	270,84	284,38	284,38	<1>B.18.	bezpłatny	0 zł
249	Levodopum + Carbidopum	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml	1 szt. (7 kasetek po 100 ml)	5909990419135	2017-05-01	2 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	3611,36	3791,93	3791,93	B.90.	bezpłatny	0 zł
250	Macytentan	Opsumit, tabl. powl., 10 mg	30 tabl.	7640111931133	2017-09-01	2 lata	1139.0, Macytentan	10596,96	11126,81	11126,81	B.31.	bezpłatny	0 zł
251	Mecaserminum	Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 0,01 g/ml	1 fiol.po 4 ml	5909990076024	2017-07-01	3 lata	1071.0, Mecasermine	2664,93	2798,18	2798,18	B.20.	bezpłatny	0 zł
252	Mepolizumabum	Nucala, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol. proszku	5909991246617	2017-11-01	2 lata	1167.0, Mepolizumab	4710,24	4945,75	4945,75	B.44.	bezpłatny	0 zł
253	Natalizumabum	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 15 ml	5909990084333	2018-07-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	6367,68	6686,06	6686,06	B.46.	bezpłatny	0 zł
254	Nilotynibum	Tasigna, kaps., 200 mg	112 szt.	5909990073535	2017-11-01	3 lata	1072.0, Nilotynib	11004,00	11554,20	11554,20	B.14.	bezpłatny	0 zł
255	Nintedanibum	Ofev, kapsułki miękkie, 100 mg	60 kaps.	5909991206444	2018-03-01	2 lata	1173.0, Nintedanib	6264,00	6577,20	6577,20	B.87.	bezpłatny	0 zł
256	Nintedanibum	Ofev, kapsułki miękkie, 150 mg	60 kaps.	5909991206468	2018-03-01	2 lata	1173.0, Nintedanib	9396,00	9865,80	9865,80	B.87.	bezpłatny	0 zł
257	Nintedanibum	Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg	120 kaps.	5909991203894	2018-07-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	12528,00	13154,40	13154,40	B.63.	bezpłatny	0 zł
258	Nintedanibum	Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg	60 kaps.	5909991203887	2018-07-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	6264,00	6577,20	6577,20	B.63.	bezpłatny	0 zł
259	Nintedanibum	Vargatef, kapsułki miękkie, 150 mg	60 kaps.	5909991203900	2018-07-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	9396,00	9865,80	9865,80	B.63.	bezpłatny	0 zł
260	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg	60 kaps.	5909990214778	2017-11-01	2 lata	1140.0, Nityzynon	12501,00	13126,05	13126,05	B.76.	bezpłatny	0 zł
261	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg	60 kaps.	5909990214754	2017-11-01	2 lata	1140.0, Nityzynon	2500,20	2625,21	2625,21	B.76.	bezpłatny	0 zł
262	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg	60 kaps.	5909991218133	2017-11-01	2 lata	1140.0, Nityzynon	25002,00	26252,10	26252,10	B.76.	bezpłatny	0 zł
263	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg	60 kaps.	5909990214761	2017-11-01	2 lata	1140.0, Nityzynon	6250,50	6563,03	6563,03	B.76.	bezpłatny	0 zł
264	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909991220518	<1>2018-07-01/<2>2018-05-01	2 lata	1144.0, Niwolumab	6388,86	6708,30	6708,30	<1>B.59; <2>B.6.; B.10.; B.100.	bezpłatny	0 zł
265	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	5909991220501	<1>2018-07-01/<2>2018-05-01	2 lata	1144.0, Niwolumab	2555,54	2683,32	2683,32	<1>B.59; <2>B.6.; B.10.; B.100.	bezpłatny	0 zł
266	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	5909990057207	2016-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2700,00	2835,00	2812,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
267	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	5909990057221	2016-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	5400,00	5670,00	5624,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
268	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	5909990057184	2016-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	675,00	708,75	703,08	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
269	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	5909990057191	2016-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1350,00	1417,50	1406,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
270	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	5909991210120	2017-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2678,40	2812,32	2812,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
271	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	5909991210137	2017-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	5356,80	5624,64	5624,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
272	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	5909991210090	2017-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	669,60	703,08	703,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
273	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	5909991210144	2017-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	8035,20	8436,96	8436,96	B.15.	bezpłatny	0 zł
274	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	5909991210106	2017-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1339,20	1406,16	1406,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
275	Obinutuzumabum	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 40 ml	5902768001105	2018-07-01	2 lata	1148.0, Obinutuzumab	15660,00	16443,00	16443,00	B.79.	bezpłatny	0 zł
276	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	5909990224340	2016-07-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3229,20	3390,66	2778,30	B.15.	bezpłatny	0 zł
277	Octocog alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	5909990224357	2016-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4843,80	5085,99	4167,45	B.15.	bezpłatny	0 zł
278	Octocog alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	5909990697441	2016-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	6458,40	6781,32	5556,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
279	Octocog alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	5909990224302	2016-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	807,30	847,67	694,58	B.15.	bezpłatny	0 zł
280	Octocog alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	5909990697458	2016-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	9687,60	10171,98	8334,90	B.15.	bezpłatny	0 zł
281	Octocog alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	5909990224333	2016-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1614,60	1695,33	1389,15	B.15.	bezpłatny	0 zł
282	Octocog alfa	Kogenate Bayer, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.+ 1.amp-strz.+ 1 łącznik	5909990020799	2017-03-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2894,40	3039,12	2778,30	B.15.	bezpłatny	0 zł
283	Octocog alfa	Kogenate Bayer, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol.+ 1.amp-strz.+ 1 łącznik	5909990635153	2017-03-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5788,80	6078,24	5556,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
284	Octocog alfa	Kogenate Bayer, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ łącznik fiol.	5909990020775	2016-07-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	734,40	771,12	694,58	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
285	Octocog alfa	Kogenate Bayer, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol.+ 1.amp-strz.+ 1 łącznik	5909990816361	2017-03-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	8683,20	9117,36	8334,90	B.15.	bezpłatny	0 zł
286	Octocog alfa	Kogenate Bayer, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ łącznik fiol.	5909990020782	2016-07-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1468,80	1542,24	1389,15	B.15.	bezpłatny	0 zł
287	Octocog alfa	Recombinate 1000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp.po 10 ml + urządzenie BAXJECT II + 1 strz. + zestaw do infuzji + 2 waciki + 2 plastry	5909990736997	2016-07-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2898,72	3043,66	2778,30	B.15.	bezpłatny	0 zł
288	Octocog alfa	Recombinate 250 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 j.m./ml	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp.po 10 ml + urządzenie BAXJECT II + 1 strz. + zestaw do infuzji + 2 waciki + 2 plastry	5909990736973	2016-07-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	724,68	760,91	694,58	B.15.	bezpłatny	0 zł
289	Octocog alfa	Recombinate 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 50 j.m./ml	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp.po 10 ml + urządzenie BAXJECT II + 1 strz. + zestaw do infuzji + 2 waciki + 2 plastry	5909990736980	2016-07-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1449,36	1521,83	1389,15	B.15.	bezpłatny	0 zł
290	Olaparibum	Lynparza, kaps. twarde, 50 mg	448 szt.	5902135480052	2018-09-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	21172,32	22230,94	22230,94	B.80.	bezpłatny	0 zł
291	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 amp.-strzyk. 1 ml	5909990708406	2016-11-01	3 lata	1102.0, Omalizumabum	1470,15	1543,66	1543,66	B.44.	bezpłatny	0 zł
292	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	5909990708376	2016-11-01	3 lata	1102.0, Omalizumabum	735,08	771,83	771,83	B.44.	bezpłatny	0 zł
293	Ombitasvirum + paritaprevirum + ritonavirum	Viekirax, tabl. powl., 12,5+75+50 mg	56 tabl.	8054083006888	2017-03-01	2 lata	1135.0, Leki przeciwwirusowe - ombitaswir, parytaprewir, rytonawir	53729,17	56415,63	56415,63	B.71.	bezpłatny	0 zł
294	Osimertinibum	Tagrisso, tabletki powlekane, 40 mg	30 tabl.	5000456012058	2017-11-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	26946,00	28293,30	14146,65	B.6.	bezpłatny	0 zł
295	Osimertinibum	Tagrisso, tabletki powlekane, 80 mg	30 tabl.	5000456012065	2017-11-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	26946,00	28293,30	28293,30	B.6.	bezpłatny	0 zł
296	Paclitaxelum albuminatum	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 100 mg	5909990930265	2017-01-01	2 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	1241,15	1303,21	1303,21	B.85.	bezpłatny	0 zł
297	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	0,5 ml	8054083006093	2018-03-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	1954,69	2052,42	2052,42	B.40.	bezpłatny	0 zł
298	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 ml	8054083006109	2018-03-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	3909,38	4104,85	4104,85	B.40.	bezpłatny	0 zł
299	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909990646555	2018-01-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	5184,00	5443,20	5443,20	B.4.	bezpłatny	0 zł
300	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990646531	2018-01-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	1296,00	1360,80	1360,80	B.4.	bezpłatny	0 zł
301	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fiol.	5909990942022	2017-01-01	2 lata	1131.0, Parykalcytol	73,33	77,00	77,00	B.69.	bezpłatny	0 zł
302	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fiol.	5909990942060	2017-03-01	2 lata	1131.0, Parykalcytol	183,34	192,51	192,51	B.69.	bezpłatny	0 zł
303	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	5909991200305	2018-05-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	11147,76	11705,15	11705,15	B.99.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
304	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	5909991200312	2018-05-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	11147,76	11705,15	11705,15	B.99.	bezpłatny	0 zł
305	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	5909991200336	2018-05-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	11147,76	11705,15	11705,15	B.99.	bezpłatny	0 zł
306	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 200 mg	30 tabl.	5909990764877	2017-09-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	2980,80	3129,84	3129,84	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
307	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 200 mg	90 tabl.	5909990764884	2017-09-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	8942,40	9389,52	9389,52	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
308	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 400 mg	30 tabl.	5909990764891	2017-09-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	5961,60	6259,68	6259,68	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
309	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 400 mg	60 tabl.	5909990764907	2017-09-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	11923,20	12519,36	12519,36	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
310	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 wstrz. + 2 gaziki nasączone alkoholem	5909990881192	<1>2018-07-01/<2>2016-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	664,99	698,24	698,24	<1>B.2.;<2> B.1.	bezpłatny	0 zł
311	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 wstrz. + 2 gaziki nasączone alkoholem	5909990881260	<1>2018-07-01/<2>2016-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	810,00	850,50	850,50	<1>B.2.;<2> B.1.	bezpłatny	0 zł
312	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 270 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990984718	<1>2018-07-01/<2>2016-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	664,99	698,24	698,24	<1>B.2.;<2> B.1.	bezpłatny	0 zł
313	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 360 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990984817	<1>2018-07-01/<2>2016-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	810,00	850,50	850,50	<1>B.2.;<2> B.1.	bezpłatny	0 zł
314	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	5902768001013	<1>2017-11-01/<2>2018-03-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	348,32	365,74	365,74	<1>B.2.; <2>B.1.	bezpłatny	0 zł
315	Peginterferonum alfa-2b	PegIntron, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,05 mg/0,5 ml	1 zest. (1 wstrz.+1 igła+ 2 waciki)	5909991039110	2016-07-01	3 lata	1074.2, Peginterferonum alfa 2b	297,00	311,85	311,85	B.2.	bezpłatny	0 zł
316	Peginterferonum alfa-2b	PegIntron, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,08 mg/0,5 ml	1 zest.	5909991039318	2016-07-01	3 lata	1074.2, Peginterferonum alfa 2b	475,20	498,96	498,96	B.2.	bezpłatny	0 zł
317	Peginterferonum alfa-2b	PegIntron, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,1 mg/0,5 ml	1 zest.	5909991039516	2016-07-01	3 lata	1074.2, Peginterferonum alfa 2b	594,00	623,70	623,70	B.2.	bezpłatny	0 zł
318	Peginterferonum alfa-2b	PegIntron, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,12 mg/0,5 ml	1 zest.	5909991039219	2016-07-01	3 lata	1074.2, Peginterferonum alfa 2b	712,80	748,44	748,44	B.2.	bezpłatny	0 zł
319	Peginterferonum alfa-2b	PegIntron, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,15 mg/0,5 ml	1 zest.	5909991039417	2016-07-01	3 lata	1074.2, Peginterferonum alfa 2b	891,00	935,55	935,55	B.2.	bezpłatny	0 zł
320	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 amp.-strz.po 0,5 ml	0646520442274	2018-07-01	2 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3572,10	3750,71	3750,71	B.29.	bezpłatny	0 zł
321	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	0646520442113	2018-07-01	2 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3572,10	3750,71	3750,71	B.29.	bezpłatny	0 zł
322	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg	2 amp.-strz.po 0,5 ml	0646520441970	2018-07-01	2 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3572,10	3750,71	2355,45	B.29.	bezpłatny	0 zł
323	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	0646520437201	2018-07-01	2 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3572,10	3750,71	2355,45	B.29.	bezpłatny	0 zł
324	Pembrolizumabum	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	5901549325126	<1>2018-05-01/<2>2018-07-01	2 lata	1143.0, Pembrolizumab	16094,79	16899,53	16899,53	<1>B.6.; <2>B.59.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
325	Pembrolizumabum	Keytruda, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.	5901549325003	2018-07-01	2 lata	1143.0, Pembrolizumab	8047,39	8449,76	8449,76	B.59.	bezpłatny	0 zł
326	Pertuzumabum	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	5902768001006	2018-07-01	2 lata	1147.0, Pertuzumab	11016,00	11566,80	11566,80	B.9.	bezpłatny	0 zł
327	Pirfenidonum	Esbriet, kaps. twarda, 267 mg	252 szt.	5902768001129	2017-01-01	2 lata	1156.0, Pirfenidon	9288,00	9752,40	9752,40	B.87.	bezpłatny	0 zł
328	Pirfenidonum	Esbriet, tabletki powlekane, 267 mg	252 szt.	5902768001181	2018-03-01	2 lata	1156.0, Pirfenidon	9288,00	9752,40	9752,40	B.87.	bezpłatny	0 zł
329	Pirfenidonum	Esbriet, kaps. twarda, 267 mg	63 szt.	5902768001112	2017-01-01	2 lata	1156.0, Pirfenidon	2322,00	2438,10	2438,10	B.87.	bezpłatny	0 zł
330	Pirfenidonum	Esbriet, tabletki powlekane, 267 mg	63 szt.	5902768001198	2018-03-01	2 lata	1156.0, Pirfenidon	2322,00	2438,10	2438,10	B.87.	bezpłatny	0 zł
331	Pirfenidonum	Esbriet, tabletki powlekane, 801 mg	84 szt.	5902768001211	2018-03-01	2 lata	1156.0, Pirfenidon	9288,00	9752,40	9752,40	B.87.	bezpłatny	0 zł
332	Pixantroni dimaleas	Pixuvri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 29 mg	1 fiol.	5909991206475	2017-09-01	2 lata	1165.0, Piksantron	1985,04	2084,29	2084,29	B.93.	bezpłatny	0 zł
333	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 1 mg	21 kaps.	5909991185589	2018-11-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
334	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 2 mg	21 kaps.	5909991185596	2018-11-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
335	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 3 mg	21 kaps.	5909991185602	2018-11-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
336	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 4 mg	21 kaps.	5909991185619	2018-11-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
337	Radium dichloridum Ra223	Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL	1 fiol. 6 ml	5908229300176	2017-11-01	2 lata	1170.0, Dichlorek radu Ra-223	20335,32	21352,09	21352,09	B.56.	bezpłatny	0 zł
338	Ranibizumab	Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.	5909990000005	2018-01-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	3206,52	3366,85	3366,85	B.70.	bezpłatny	0 zł
339	Ribavirinum	Copegus, tabl. powl., 200 mg	168 tabl. powl.	5909990996223	2017-05-01	3 lata	1075.0, Ribavirinum	1728,00	1814,40	1814,40	B.2.	bezpłatny	0 zł
340	Ribavirinum	Rebetol, kaps. twarde, 200 mg	140 szt.	5909990999828	2016-07-01	3 lata	1075.0, Ribavirinum	1577,26	1656,12	1656,12	B.2.	bezpłatny	0 zł
341	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 0,5 mg	42 tabl.	5908229300305	<1>01.09.2017/<2>01.11.2018	2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	1140,58	<1>B.74./<2>B.31.	bezpłatny	0 zł
342	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 1 mg	42 tabl.	5908229300336	<1>01.09.2017/<2>01.11.2018	2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	2281,16	<1>B.74./<2>B.31.	bezpłatny	0 zł
343	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 1,5 mg	42 tabl.	5908229300367	<1>01.09.2017/<2>01.11.2018	2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	3421,73	<1>B.74./<2>B.31.	bezpłatny	0 zł
344	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 2 mg	42 tabl.	5908229300398	<1>01.09.2017/<2>01.11.2018	2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	4562,31	<1>B.74./<2>B.31.	bezpłatny	0 zł
345	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 2,5 mg	42 tabl.	5908229300428	<1>01.09.2017/<2>01.11.2018	2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.74./<2>B.31.	bezpłatny	0 zł
346	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	5909990418817	<1><5>2016-07-01/<2>2018-07-01/<3>2017-09-01/<4>2017-07-01	<1><2><5>3 lata/<3><4>2 lata	1035.0, Rituximabum	2445,01	2567,26	2567,26	<1>B.33.; <2>B.12.; <3>B.75.; <4>B.91.	bezpłatny	0 zł
347	Rituximabum	MabThera, roztwór do wstrzykiwań, 1400 mg	1 fiol.po 11,7 ml	5902768001099	2018-07-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	7745,78	8133,07	8133,07	B.12.	bezpłatny	0 zł
348	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	5909990418824	<1><5>2016-07-01/<2>2018-07-01/<3>2017-09-01/<4>2017-07-01	<1><2><5>3 lata/<3><4>2 lata	1035.0, Rituximabum	6112,52	6418,15	6418,15	<1>B.33.; <2>B.12.; <3>B.75.; <4>B.91.	bezpłatny	0 zł
349	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 15 mg	56 szt.	5909991053789	2017-01-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	18705,32	19640,59	19640,59	B.81.	bezpłatny	0 zł
350	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 20 mg	56 szt.	5909991053833	2017-01-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	18705,32	19640,59	19640,59	B.81.	bezpłatny	0 zł
351	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 5 mg	56 szt.	5909991053758	2017-01-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	9352,66	9820,29	6546,86	B.81.	bezpłatny	0 zł
352	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	2 amp.-strz.; 2 wstrz.	5909991203832	2018-11-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	4699,99	4934,99	4934,99	B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
353	Sildenafilum	Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	5055565731932	2017-09-01	5 lat	1076.0, Sildenafilum	810,00	850,50	850,50	B.31.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
354	Sildenafilum	Remidia, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	5903060610545	2017-07-01	5 lat	1076.0, Sildenafilum	1080,00	1134,00	1134,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
355	Sildenafilum	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml	32,27 g (but.)	5909990967780	2018-11-01	2 lata	1076.0, Sildenafilum	893,52	938,20	705,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
356	Sildenafilum	Revatio, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	5909990423040	2018-11-01	2 lata	1076.0, Sildenafilum	1080,00	1134,00	1134,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
357	Sildenafilum	Sildenafil Zentiva, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	5909991355715	2018-05-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	486,00	510,30	510,30	B.31.	bezpłatny	0 zł
358	Simoktokog alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	5909991211936	2018-03-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2646,00	2778,30	2778,30	B.15.	bezpłatny	0 zł
359	Simoktokog alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	5909991211943	2018-03-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5292,00	5556,60	5556,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
360	Simoktokog alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	5909991211912	2018-03-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	661,50	694,58	694,58	B.15.	bezpłatny	0 zł
361	Simoktokog alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	5909991211929	2018-03-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1323,00	1389,15	1389,15	B.15.	bezpłatny	0 zł
362	Sofosbuvirum	Sovaldi, tabl. powl., 400 mg	28 szt.	5391507140975	2017-11-01	2 lata	1135.4, Leki przeciwwirusowe - sofosbuwir	62640,00	65772,00	65772,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
363	Sofosbuvirum + Velpatasvirum	Epclusa, tabletki powlekane, 400 + 100 mg	28 tabl.	5391507142108	2018-07-01	2 lata	1135.6, Leki przeciwwirusowe: sofosbuwir, velpataswir	45360,00	47628,00	47628,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
364	Somatropinum	Genotropin 12, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 12 mg	1 fiol. (+1 rozp.)	5909990771813	2016-07-01	3 lata	1077.0, Somatropinum	1082,57	1136,70	1136,70	B.42.; B.41.; B.38.; B.19.	bezpłatny	0 zł
365	Somatropinum	Genotropin 5,3, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5,3 mg	1 fiol.s.subs. (+ rozp.)	5909990671014	2016-07-01	3 lata	1077.0, Somatropinum	480,70	504,74	504,74	B.42.; B.41.; B.38.; B.19.	bezpłatny	0 zł
366	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	5909990072897	<1><2><3><4>2016-07-01/<5>2017-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1077.0, Somatropinum	4104,00	4309,20	4309,20	<1>B.42.; <2>B.41.; <3>B.38.; <4>B.19.; <5>B.64.	bezpłatny	0 zł
367	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	5909990050161	<1><2><3><4>2016-07-01/<5>2017-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1077.0, Somatropinum	1836,00	1927,80	1927,80	<1>B.42.; <2>B.41.; <3>B.38.; <4>B.19.; <5>B.64.	bezpłatny	0 zł
368	Sorafenibum	Nexavar, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	5909990588169	<1>2017-11-01/<2>2016-07-01/<3>2018-07-01	<1>5 lat/<2><3>3 lata	1078.0, Sorafenib	13651,74	14334,33	14334,33	<1>B.5.; <2>B.10.; <3>B.3.	bezpłatny	0 zł
369	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	5909990079377	<1>2016-07-01/<2>2017-11-01/<3>2018-07-01/<4>2018-09-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	5340,36	5607,38	5607,38	<1>B.10.; <2>B.53.; <3>B.3.; <4>B.8.	bezpłatny	0 zł
370	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	5909990079384	<1>2016-07-01/<2>2017-11-01/<3>2018-07-01/<4>2018-09-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	10680,72	11214,76	11214,76	<1>B.10.; <2>B.53.; <3>B.3.; <4>B.8.	bezpłatny	0 zł
371	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	5909990079391	<1>2018-07-01/<2>2016-07-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	21361,45	22429,52	22429,52	<1>B.3.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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
372	Symeprevirum	Olysio, kaps. twarde, 150 mg	7 kaps.	5909991142360	2017-05-01	2 lata	1132.0, inhibitory proteazy - symeprewir	9838,80	10330,74	10330,74	B.2.	bezpłatny	0 zł
373	Temsirolimusum	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiolka (szklana) 1,2 ml koncentratu (25 mg/ml) oraz 1 fiolka (szklana) 2,2 ml rozcieńczalnika	5909990080663	2018-11-01	2 lata	1150.0, Temsyrolimus	2932,01	3078,61	3078,61	B.10.	bezpłatny	0 zł
374	Tenofoviri disoproxil	Tenofovir disoproxil Stada, tabletki powlekane, 245 mg	30 tabl.	5909991285883	2018-05-01	3 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	734,40	771,12	771,12	B.1.	bezpłatny	0 zł
375	Tenofoviri disoproxil	Tenofovir disoproxil Zentiva, tabletki powlekane, 245 mg	30 tabl.	5909991298708	2018-05-01	3 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	324,00	340,20	340,20	B.1.	bezpłatny	0 zł
376	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Accord, tabletki powlekane, 245 mg	30 tabl.	5909991330026	2018-03-01	3 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	864,00	907,20	907,20	B.1.	bezpłatny	0 zł
377	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Mylan, tabletki powlekane, 245 mg	30 tabl.	5902020926801	2017-07-01	5 lat	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	945,00	992,25	992,25	B.1.	bezpłatny	0 zł
378	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Sandoz, tabletki powlekane, 245 mg	30 tabl.	5907626707519	2017-09-01	5 lat	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	993,60	1043,28	1043,28	B.1.	bezpłatny	0 zł
379	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Teva, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	5909991141349	2016-11-01	3 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	1053,00	1105,65	1105,65	B.1.	bezpłatny	0 zł
380	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir Polpharma, tabletki powlekane, 245 mg	30 tabl.	5909991335533	2018-03-01	3 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	945,00	992,25	992,25	B.1.	bezpłatny	0 zł
381	Teriflunomidum	Aubagio, tabl. powl., 14 mg	28 tabl.	5909991088170	2017-05-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	3160,32	3318,34	3318,34	B.29.	bezpłatny	0 zł
382	Tobramycinum	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml	56 poj.po 4 ml	5909990045976	2016-07-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	6300,00	6615,00	4961,24	B.27.	bezpłatny	0 zł
383	Tobramycinum	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	5909991308292	2018-03-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	4724,99	4961,24	4961,24	B.27.	bezpłatny	0 zł
384	Tobramycinum	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	5909991321444	2018-11-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	3024,00	3175,20	3175,20	B.27.	bezpłatny	0 zł
385	Tocilizumabum	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg/ml	4 amp.-strz.	5902768001075	2017-11-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	3931,20	4127,76	4127,76	B.33.	bezpłatny	0 zł
386	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990678259	2017-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	1404,00	1474,20	1474,20	B.33.	bezpłatny	0 zł
387	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909990678266	2017-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2808,00	2948,40	2948,40	B.33.	bezpłatny	0 zł
388	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	5909990678273	2017-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	561,60	589,68	589,68	B.33.	bezpłatny	0 zł
389	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Botox , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 Jednostek Allergan	1 fiol.	5909990674817	<1><2>2016-07-01/<3>2018-09-01/<4>2017-09-01/<5>2017-01-01	<1><2><3>3 lata/<4><5>2 lata	1055.2, toksyny botulinowe - 2	612,38	643,00	643,00	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.; <4>B.73.; <5>B.83.	bezpłatny	0 zł
390	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 300 j.	1 fiol.po 300 j.	5909991072094	<1><2>2016-11-01/<3>2018-11-01<4>2018-03-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	676,51	710,34	710,34	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.; <4>B.83.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
391	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.	1 fiol.po 500 j.	5909990729227	<1><2>2016-07-01/<3><4>2018-03-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	1127,52	1183,90	1183,90	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.; <4>B.83.	bezpłatny	0 zł
392	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Xeomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j.	1 fiol.po 100 j. (LD50)	5909990643950	2016-07-01	3 lata	1055.1, toksyny botulinowe - 1	650,00	682,50	682,50	B.28.	bezpłatny	0 zł
393	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	5909990635177	2017-09-01	5 lat	1088.0, Trabectedin	1797,18	1887,04	1887,04	B.8.	bezpłatny	0 zł
394	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	5909990635184	2017-09-01	5 lat	1088.0, Trabectedin	7188,74	7548,18	7548,18	B.8.	bezpłatny	0 zł
395	Trametinibum	Mekinist, tabl. powl., 0,5 mg	30 tabl. (but.)	5909991141813	2017-03-01	2 lata	1157.0, Trametynib	6237,00	6548,85	6548,85	B.72.	bezpłatny	0 zł
396	Trametinibum	Mekinist, tabl. powl., 2 mg	30 tabl. (but.)	5909991141851	2017-03-01	2 lata	1157.0, Trametynib	24948,00	26195,40	26195,40	B.72.	bezpłatny	0 zł
397	Trastuzumabum	Herceptin, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.po 15 ml	5909990855919	<1>2016-07-01/<2>2018-03-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	2678,40	2812,32	2049,98	<1>B.9.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
398	Trastuzumabum	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg	1 fiol.	5902768001037	2018-07-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	6925,50	7271,78	6149,93	B.9.	bezpłatny	0 zł
399	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiolka po 20 ml	8715131016982	2018-07-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1952,36	2049,98	2049,98	<1>B.9.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
400	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiolka po 50 ml	8715131016975	2018-07-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	5466,60	5739,93	5739,93	<1>B.9.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
401	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 szt. (1 fiol.po 20 ml)	5909990046805	2016-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	11318,40	11884,32	11884,32	B.31.	bezpłatny	0 zł
402	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 szt. (1 fiol.po 20 ml)	5909990046874	2016-11-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	85808,16	90098,57	90098,57	B.31.	bezpłatny	0 zł
403	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	1 szt. (1 fiol.po 20 ml)	5909990046850	2016-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	25266,60	26529,93	26529,93	B.31.	bezpłatny	0 zł
404	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 szt. (1 fiol.po 20 ml)	5909990046867	2016-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	44487,36	46711,73	46711,73	B.31.	bezpłatny	0 zł
405	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	5909990486915	2016-01-01	3 lata	1070.0, analogi gonadoliberyny	275,40	289,17	289,17	B.18.	bezpłatny	0 zł
406	Turoctocog alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	5909991203399	2018-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2592,00	2721,60	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
407	Turoctocog alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	5909991203405	2018-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3888,00	4082,40	4082,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
408	Turoctocog alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	5909991203412	2018-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5184,00	5443,20	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
409	Turoctocog alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	5909991203375	2018-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	648,00	680,40	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
410	Turoctocog alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	5909991203429	2018-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	7776,00	8164,80	8164,80	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
411	Turoctocog alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	5909991203382	2018-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1296,00	1360,80	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
412	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań , 45 mg	1 amp-strz.	5909997077505	2017-01-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	12362,76	12980,90	12980,90	B.47.	bezpłatny	0 zł
413	Vedolizumabum	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. proszku	5909991138202	2018-05-01	2 lata	1176.0, Wedolizumab	7020,00	7371,00	7371,00	B.55.	bezpłatny	0 zł
414	Velaglucerasum alfa	VPRIV, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.	1 fiol.	5909990816774	2018-03-01	3 lata	1123.0, Welagluceraza alfa	6436,80	6758,64	6758,64	B.60.	bezpłatny	0 zł
415	Wemurafenib	Zelboraf, tabl. powl., 240 mg	56 tabl. powl.	5909990935581	2017-03-01	3 lata	1108.0, Wemurafenib	6761,88	7099,97	7099,97	B.48.	bezpłatny	0 zł
416	Wismodegib	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg	28 szt.	5902768001020	2017-01-01	2 lata	1155.0, Wismodegib	20240,67	21252,70	21252,70	B.88.	bezpłatny	0 zł

Załącznik B.1.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 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 antygenu HBs przez czas dłuższy niż 6 miesięcy oraz spełniający dwa spośród trzech poniższych kryteriów: 1) poziom wiremii HBV DNA powyżej 2000 IU/mL dla osób HBe (-) i powyżej 20 000 IU/mL dla osób HBe (+); 2) aktywność AIAT przekraczająca górną granicę normy w co najmniej trzech oznaczeniach wykonanych w okresie nie krótszym niż trzy miesiące i nie dłuższym niż 12 miesięcy; 3) zmiany histologiczne w wątrobie potwierdzające rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby. W uzasadnionych przypadkach (marskość wątroby z nadciśnieniem wrotnym, hipersplenizm, żylaki przełyku, naczyniakowatość, hemofilia i inne skazy krwotoczne) po uzyskaniu zgody konsultanta wojewódzkiego, w ocenie stopnia nasilenia włóknienia wątrobowego można uwzględniać badanie elastograficzne. 1.2. Do programu są kwalifikowani świadczeniobiorcy z marskością wątroby oraz z wykrywalnym HBV DNA niezależnie od poziomu transaminaz (świadczeniobiorcy z niewyrównaną marskością wątroby są leczeni w trybie pilnym, z zastrzeżeniem ust. 4 pkt 1).	**1. Interferony:** 1) interferon pegylowany alfa-2a: a) 90 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań, b) 135 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań, c) 180 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań; 2) interferon rekombinowany alfa-2a: a) ampułkostrzykawki zawierające 3 mln j.m./0,5 ml, b) ampułkostrzykawki zawierające 6 mln j.m./0,5 ml, c) ampułkostrzykawki zawierające 9 mln j.m./0,5 ml; 3) interferon rekombinowany alfa-2b - wielodawkowy automatyczny dozownik po 18 MIU, 30 MIU lub 60 MIU, zawierający 1,2 ml roztworu o stężeniu 15 mln j.m./ml (6 dawek po 3 mln j.m.) lub 25 mln j.m./ml (6 dawek po 5 mln j.m.), lub 50 mln j.m./ml (6 dawek po 10 mln j.m.); 4) naturalny interferon leukocytarny: a) ampułki po 3 000 000 j.m., b) ampułki po 6 000 000 j.m. Interferony dawkuje się zgodnie z zaleceniami zawartymi w odpowiednich charakterystykach produktów leczniczych. Redukcja dawki możliwa jest zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia interferonem** 1) poziom wiremii HBV DNA; 2) oznaczenie antygenu HBs; 3) oznaczenie antygenu HBe; 4) oznaczenie przeciwciał anty-HBe; 5) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 6) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 7) morfologia krwi; 8) oznaczenie poziomu ALT; 9) proteinogram; 10) oznaczenie poziomu glukozy; 11) czas lub wskaźnik protrombinowy; 12) oznaczenie autoprzeciwciał; 13) oznaczenie poziomu TSH; 14) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3; 15) oznaczenie stężenia mocznika i kreatyniny; 16) USG jamy brzusznej; 17) biopsja wątroby – w przypadkach uzasadnionych kryteriami kwalifikacji; 18) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia interferonem** 1) w dniu rozpoczęcia terapii: a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT,

1.3. Do programu są kwalifikowani świadczeniobiorcy oczekujący na przeszczep narządowy niezależnie od poziomu wiremii HBV DNA i stwierdzonego poziomu aktywności AIAT. 2. U świadczeniobiorców w wieku od 3 do 18 lat stosuje się wyłącznie interferon rekombinowany alfa-2b. 3. Lekiem pierwszego rzutu w terapii pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B dotychczas nieleczonych są interferony stosowane w monoterapii, o ile nie ma przeciwwskazań do ich podania. Preferowanym interferonem ze względu na wyniki leczenia jest interferon pegylowany alfa-2a, a pozostałe interferony bierze się pod uwagę tylko w szczególnych sytuacjach, podanych w odpowiednich charakterystykach produktów leczniczych. **4. Choroby lub stany wykluczające stosowanie interferonów** 1) niewyrównana marskość wątroby; 2) ciężka współistniejąca choroba serca, w tym niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa; 3) niewyrównana cukrzyca insulinozależna; 4) choroby o podłożu autoimmunologicznym, z wyłączeniem autoimmunologicznego zapalenia wątroby typu II (anty-LKM-1); 5) niewyrównana nadczynność tarczycy; 6) retinopatia (po konsultacji okulistycznej); 7) padaczka (po konsultacji neurologicznej); 8) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających; 9) ciąża lub karmienie piersią; 10) czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej); 11) choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematoonkologicznej lub hematologicznej);	Leczniczego. Czas leczenia interferonami nie może przekroczyć 48 tygodni. **2. Analogi nukleozydowe lub nukleotydowe** 1) lamiwudyna: - tabletki po 100 mg - raz dziennie 1 tabletka; 2) entekawir: a) tabletki po 0,5 mg - raz dziennie 1 tabletka u osób uprzednio nieleczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi, b) tabletki po 1,0 mg - raz dziennie 1 tabletka u osób uprzednio leczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi; 3) adefowir: - tabletki po 10,0 mg - raz dziennie 1 tabletka; 4) tenofowir: - tabletki po 245 mg - raz dziennie 1 tabletka. W przypadku pacjentów z zaburzeniami czynności nerek możliwa jest zmiana dawkowania entekawiru, adefowiru i tenofowiru zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktu Leczniczego.	c) czas lub wskaźnik protrombinowy, d) oznaczenie stężenia kreatyniny, e) oznaczenie poziomu AFP; 2) w 2, 4, 6, 8, 12,16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48 tygodniu: a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT; 3) w 4, 12, 24, 48 tygodniu - oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) w 12 tygodniu: a) poziom wiremii HBV DNA, b) oznaczenie antygenu HBsAg; 5) w 24, 48 tygodniu: a) oznaczenie antygenu HBsAg, b) oznaczenie antygenu HBeAg, c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe, d) poziom wiremii HBV DNA; 6) w 12, 24, 36, 48 tygodniu: a) oznaczenie poziomu TSH, b) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3; 7) w 48 tygodniu: a) proteinogram, b) czas lub wskaźnik protrombinowy, c) oznaczenie poziomu AFP, d) USG jamy brzusznej. **3. Badania przy kwalifikacji do leczenia analogami nukleozydów lub nukleotydów** 1) poziom wiremii HBV DNA; 2) oznaczenie antygenu HBe; 3) oznaczenie przeciwciał anty-HBe; 4) wirogram (lekooporność); 5) morfologia krwi; 6) oznaczenie poziomu ALT; 7) proteinogram;

12) inne przeciwwskazania do stosowania poszczególnych rodzajów interferonu określone w odpowiednich charakterystykach produktów leczniczych. **5. Kryteria wyłączenia z leczenia interferonem** 1) brak odpowiedzi po 12 tygodniach leczenia definiowanej jako zmniejszenie poziomu wiremii HBV DNA o co najmniej 1 $\log_{10}$; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości lub nietolerancji na substancję czynną lub pomocniczą; 3) choroby lub stany wymienione w ust. 4 ujawnione w trakcie leczenia interferonem. 6.1. W przypadkach niemożności zastosowania interferonów lub ich nieskuteczności należy rozważyć stosowanie analogów nukleozydowych lub nukleotydowych. 6.2. U pacjentów HBeAg (-) leczenie należy rozpocząć od entekawiru albo tenofowiru albo lamiwudyny, a u osób HBeAg (+) leczenie należy rozpocząć od adefowiru albo entekawiru albo tenofowiru. 6.3. Po pierwszych 12 tygodniach leczenia analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi należy ocenić ich skuteczność. Dla kontynuacji leczenia określonym analogiem nukleozydowym lub nukleotydowym konieczne jest obniżenie początkowych wartości wiremii HBV DNA co najmniej o 1 $\log_{10}$. 6.4. W uzasadnionych przypadkach leczenie określonym analogiem nukleozydowym lub nukleotydowym może być kontynuowane do 24 tygodnia, do ponownej oceny skuteczności, zgodnie z ust. 6.5. W innych przypadkach należy zmienić lek po uzyskaniu wyniku lekooporności i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia. 6.5. Po 24 tygodniach terapii należy ponownie ocenić jej skuteczność poprzez ilościowe oznaczenie poziomu wiremii		8) czas lub wskaźnik protrombinowy; 9) oznaczenie stężenia kreatyniny; 10) USG jamy brzusznej; 11) biopsja wątroby - w przypadkach uzasadnionych kryteriami kwalifikacji. **4. 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 wiremii 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 wiremii 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. **5. Monitorowanie programu:**

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 opisanym w programie. 6.6. U świadczeniobiorców HBeAg (-), uprzednio nieleczonych, poddanych terapii lamiwudyną, u których stwierdza się spadek wiremii HBV DNA w 24 tygodniu powyżej 1 $\log_{10}$ można kontynuować podawanie leku do osiągnięcia niewykrywalnego HBV DNA w 48 tygodniu. 7. W uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza po wyczerpaniu opcji terapeutycznych lub nieuzyskaniu nieoznaczalnej wiremii HBV DNA należy rozważyć leczenie interferonem. Ponadto w przypadkach stwierdzenia oporności na leki stosowane w monoterapii, wyczerpaniu opcji terapeutycznych i nieuzyskaniu nieoznaczalnej wiremii HBV DNA należy rozważyć wdrożenie terapii skojarzonej analogiem nukleotydowym i nukleozydowym, po uzyskaniu zgody konsultanta wojewódzkiego i krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych. **8. Określenie czasu leczenia w programie** 8.1. Leczenie można zakończyć u osób leczonych dłużej niż rok, po stwierdzeniu: 1) serokonwersji w układzie "s" lub 2) dwukrotnie ujemnych wyników oznaczenia HBV DNA wykonanych w odstępach co najmniej 3 miesięcy. Badania wykonuje się w medycznym laboratorium diagnostycznym posiadającym odpowiedni certyfikat jakości. 8.2. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i po przeszczepach narządowych terapię należy stosować bez ograniczeń czasowych.		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.

Załącznik B.2.

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C (ICD-10 B 18.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Do programu kwalifikowani są świadczeniobiorcy w wieku powyżej 3 roku życia, chorzy na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C i spełniający poniższe kryteria: 1) obecność wiremii HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej; 2) obecność przeciwciał anty-HCV; 3) zmiany zapalne i włóknienie w obrazie histopatologicznym wątroby określone z wykorzystaniem elastografii wątroby wykonanej techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub określone 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 przeciwskazana), której wynik ma wówczas znaczenie rozstrzygające. 1.2. Do programu są kwalifikowani świadczeniobiorcy powyżej 3 roku życia z pozawątrobową manifestacją zakażenia HCV, niezależnie od zaawansowania choroby w obrazie histopatologicznym wątroby. **2. U świadczeniobiorców w wieku od 3 do 5 roku życia** stosuje się wyłącznie interferon pegylowany alfa-2b albo	**1. Rybawiryna** 1.1. Dawkowanie rybawiryny w terapii skojarzonej z interferonem pegylowanym alfa-2a: 1) genotyp 1 lub 4: a) 1000 mg/dobę dla świadczeniobiorców o masie ciała poniżej 75 kg, b) 1200 mg/dobę dla świadczeniobiorców o masie ciała równej lub powyżej 75 kg; 2) genotyp 2 lub 3 - 800 mg/dobę. 3) u świadczeniobiorców w wieku 5-17 lat 15 mg/kg masy ciała/dzień w dwóch dawkach podzielonych. 1.2. Dawkowanie rybawiryny w terapii skojarzonej z interferonem pegylowanym alfa-2b - zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego dla interferonu pegylowanego alfa-2b; 1.3. Dawkowanie rybawiryny w terapii skojarzonej z interferonem rekombinowanym alfa-2a lub interferonem rekombinowanym alfa-2b: 1) 1000 mg na dobę w 2 dawkach podzielonych dla świadczeniobiorców dorosłych o masie ciała poniżej 75 kg; 2) 1200 mg na dobę w 2 dawkach podzielonych dla świadczeniobiorców dorosłych o masie ciała równej lub powyżej 75 kg; 3) 15 mg/kg masy ciała / dobę dla świadczeniobiorców od 3 do 18 roku życia. 1.4. Dawkowanie rybawiryny w terapii skojarzonej z sofosbuwirem lub sofosbuwirem+ledipaswirem - zgodnie z wytycznymi zawartymi w	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia interferonami (w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami):** 1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową; 2) morfologia krwi; 3) oznaczenie poziomu ALT; 4) proteinogram; 5) czas lub wskaźnik protrombinowy; 6) oznaczenie autoprzeciwciał; 7) oznaczenie poziomu TSH; 8) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3; 9) oznaczenie poziomu kwasu moczowego; 10) oznaczenia poziomu mocznika i kreatyniny; 11) oznaczenie poziomu glukozy; 12) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 13) oznaczenie antygenu HBs; 14) USG jamy brzusznej; 15) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby – elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej); 16) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 17) oznaczenie genotypu HCV u osób leczonych interferonami pegylowanymi;

interferon rekombinowany alfa-2b. U świadczeniobiorców powyżej 5 roku życia stosuje się interferon pegylowany alfa-2a albo interferon pegylowany alfa-2b albo interferon rekombinowany alfa-2b. **3. Interferony pegylowane alfa w ramach programu mogą być stosowane:** 1) w monoterapii: a) u świadczeniobiorców dializowanych, b) u świadczeniobiorców przed i po przeszczepach narządowych, c) u świadczeniobiorców z przeciwwskazaniami do stosowania lub nadwrażliwością na rybawirynę; 2) w leczeniu skojarzonym z rybawiryną u świadczeniobiorców: a) nieleczonych uprzednio interferonami, b) z nawrotem zakażenia, c) u których terapia interferonem rekombinowanym alfa lub interferonem rekombinowanym alfa i rybawiryną okazała się nieskuteczna, d) przed i po przeszczepach narządowych, e) u których terapia interferonem pegylowanym innego typu okazała się nieskuteczna jedynie w przypadku obserwowanej progresji choroby; 3) w leczeniu skojarzonym z rybawiryną i symeprewirem u świadczeniobiorców powyżej 18 roku życia z genotypem 1 lub 4 z wyłączeniem pacjentów zakażonych genotypem 1a u których stwierdza się mutację Q80K a) wcześniej nieleczonych albo b) uprzednio leczonych nieskutecznie interferonem pegylowanym i rybawiryną, u których leczenie było przerwane po 12 tygodniach z powodu braku odpowiedzi wirusologicznej albo c) z brakiem odpowiedzi na wcześniejsze leczenie	Charakterystyce Produktu Leczniczego odpowiednio sofosbuwiru lub sofosbuwiru+ledipaswiru. **2. Interferon pegylowany alfa-2a** 2.1. Dawkowanie interferonu pegylowanego alfa-2a w terapii skojarzonej z rybawiryną lub w monoterapii: 1) 180 µg; 2) 135 µg - u świadczeniobiorców ze schyłkową niewydolnością nerek oraz u świadczeniobiorców wymagających zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego częściowej redukacji dawki; 3) 90 µg – u świadczeniobiorców wymagających zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego częściowej redukcji dawki; 4) w przypadku wystąpienia działań niepożądanych możliwa jest redukcja dawki (interferonu lub rybawiryny) albo przerwanie leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. 5) u świadczeniobiorców w wieku 5-17 lat stosuje się interferon pegylowany alfa-2a w ampułkostrzykawkach, w skojarzeniu z rybawiryną, w dawkach tygodniowych zależnych od powierzchni ciała obliczonej wg wzoru Mostellera: a) 0,71-0,74 m^2 - 65µg b) 0,75-1,08 m^2 - 90 µg c) 1,09-1,51 m^2 - 135 µg d) >1,51 m^2 - 180 µg 2.2. Czas terapii dla leczenia skojarzonego: 1) genotyp 1 lub 4: a) 48 tygodni, gdy po 12 tygodniach stwierdzono brak wiremii HCV RNA, b) dopuszczalne jest leczenie przez 24 tygodnie, gdy stwierdzono: - niskie wyjściowe miano wirusa (≤800 000 j.m./ml) oraz - brak wiremii HCV RNA w 4 tygodniu leczenia oraz - brak wiremii HCV RNA w 24 tygodniu leczenia,	18) w przypadku zakażenia genotypem 1a i rozważania terapii z symeprewirem - badanie mutacji Q80K. **2. Monitorowanie leczenia interferonami (w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami):** **1) świadczeniobiorcy z genotypem 2 lub 3 leczeni interferonem alfa pegylowanym:** a) w 1 dniu: - oznaczenie poziomu ALT; - morfologia krwi; - próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; b) w 2, 4, 6, 8, 12, 16, 20, 24 tygodniu: - oznaczenie poziomu ALT; - morfologia krwi; c) w 12 tygodniu: - oznaczenie stężenia kreatyniny; - oznaczenie poziomu kwasu moczowego; - oznaczenie poziomu TSH; - oznaczenie poziomu fT4; d) w 24 tygodniu: - oznaczenie poziomu GGT; - oznaczenie poziomu fosfatazy zasadowej; - oznaczenie stężenia kreatyniny; - oznaczenie poziomu kwasu moczowego; - oznaczenie poziomu TSH; - oznaczenie poziomu fT4; - oznaczenie poziomu AFP; - proteinogram; - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową; - USG jamy brzusznej;

interferonem pegylowanym alfa z rybawiryną, przy czym stężenie HCV RNA przez cały okres terapii nie uległo obniżeniu o więcej niż 2 logarytmy dziesiętne (100-krotnie), albo d) z nawrotem zakażenia po terapii interferonem pegylowanym alfa z rybawiryną zakończonej uzyskaniem negatywnego wyniku HCV RNA (HCV RNA niewykrywalne w chwili zakończenia terapii, lecz wykrywalne w okresie obserwacji po leczeniu), albo e) z częściową odpowiedzią na wcześniejsze leczenie interferonem pegylowanym alfa z rybawiryną (stężenie HCV RNA w trakcie terapii uległo obniżeniu o więcej niż 2 logarytmy dziesiętne (100-krotnie), ale przez cały czas było wykrywalne); 4) w leczeniu skojarzonym z rybawiryną i sofosbuwirem w schematach wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego dla sofosbuwiru. **4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia interferonami pegylowanymi alfa:** 1) przewlekłe zapalenie wątroby lub wyrównana marskość wątroby; 2) pozawątrobowa manifestacja zakażenia HCV, niezależnie od zaawansowania choroby w obrazie histopatologicznym. **5. Interferony rekombinowane alfa w ramach programu mogą być stosowane:** 1) w monoterapii: a) u świadczeniobiorców dializowanych, b) u świadczeniobiorców przed lub po przeszczepach narządowych, c) u świadczeniobiorców z przeciwwskazaniami do stosowania lub nadwrażliwością na rybawirynę; 2) w leczeniu skojarzonym z rybawiryną.	c) 72 tygodnie, gdy po 12 tygodniach leczenia wiremia HCV RNA obniża się o co najmniej 2 $\log_{10}$ i zanika po 24 tygodniach leczenia; 2) genotyp 2 lub 3 - 24 tygodnie; 3) niezależnie od genotypu, przy współistniejącym zakażeniu HIV i HCV - 48 tygodni; 4) niezależnie od genotypu, przy współistniejącym zakażeniu HBV i HCV - 48 tygodni. 2.3. Leczenie należy przerwać u świadczeniobiorców z włóknieniem wątroby do 2 stopnia włącznie w skali Scheuer'a lub odpowiadającemu temu stopniowi włóknieniu wątroby w innej skali, zakażonych genotypem 1 lub 4, u których: a) po 12 tygodniach terapii nie stwierdza się spadku wiremii o minimum 2 $\log_{10}$ względem wartości wyjściowej albo b) po 24 tygodniach terapii wiremia HCV RNA jest nadal wykrywalna, mimo że po 12 tygodniach zmniejszyła się o ponad 2 $\log_{10}$ względem wartości wyjściowej. 2.4. U świadczeniobiorców z włóknieniem wątroby powyżej 2 stopnia w skali Scheuer'a lub odpowiadającemu temu stopniowi włóknieniu wątroby w innej skali lub manifestacją pozawątrobową zakażenia HCV terapię kontynuuje się do 48 tygodni. **3. Interferon pegylowany alfa-2b** 3.1. Dawkowanie interferonu pegylowanego alfa-2b w terapii skojarzonej z rybawiryną: 1) 1,5 µg/kg masy ciała / tydzień - świadczeniobiorcy powyżej 18 roku życia; 2) 60 µg/m^2 powierzchni ciała / tydzień - świadczeniobiorcy w wieku od 3 do 18 roku życia; 3) w leczeniu skojarzonym świadczeniobiorcom o różnej masie ciała można podać zalecaną dawkę interferonu pegylowanego alfa-2b określoną w pkt 1, stosując wstrzykiwacze lub fiolki o różnej mocy w połączeniu z rybawiryną w odpowiedniej dawce zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego dla interferonu pegylowanego alfa-2b;	e) w 48 tygodniu - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową; **2) świadczeniobiorcy z genotypem 1 lub 4 leczeni interferonem alfa pegylowanym:** a) w 1 dniu: - morfologia krwi; - oznaczenie poziomu ALT; - próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; b) w 2, 4, 6, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 52, 56, 60, 64, 68, 72 tygodniu: - morfologia krwi; - oznaczenie poziomu ALT; c) w 4 tygodniu: - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową u świadczeniobiorców z genotypem 1 z wyjściową wiremią poniżej 600 000 IU/ml; d) w 12, 24, 36, 48, 60 tygodniu: - oznaczenie stężenia kreatyniny; - oznaczenie poziomu kwasu moczowego; - oznaczenie poziomu TSH; - oznaczenie poziomu fT4; e) w 12 tygodniu - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową; f) w 24 tygodniu: - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową; - oznaczenie poziomu AFP; g) na zakończenie leczenia - w 24 albo 48, albo 72 tygodniu: - oznaczenie poziomu GGT; - oznaczenie poziomu fosfatazy zasadowej; - oznaczenie stężenia kreatyniny; - oznaczenie poziomu kwasu moczowego; - oznaczenie poziomu TSH;

U świadczeniobiorców od 3 do 18 roku życia stosuje się interferon rekombinowany alfa-2b, po spełnieniu przez nich łącznie następujących warunków: a) brak wcześniejszego leczenia, b) brak cech dekompensacji czynności wątroby, c) stwierdzenie obecności HCV-RNA w surowicy, d) stwierdzenie obecności przeciwciał anty-HCV w surowicy. **6. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia interferonami rekombinowanymi alfa:** 1) przeciwwskazania do stosowania interferonu pegylowanego; 2) nietolerancja lub działania niepożądane po stosowaniu interferonu pegylowanego; 3) przeciwwskazania do zastosowania interferonu pegylowanego alfa-2b u świadczeniobiorców poniżej 18 roku życia. Interferon rekombinowany alfa w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C u dorosłych jest stosowany tylko w przypadku niemożności zastosowania interferonu pegylowanego alfa. **7. Rybawiryna** w ramach programu może być ponadto stosowana w skojarzeniu z sofosbuwirem lub sofosbuwirem+ledipaswirem w schematach zgodnych z Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiednio dla sofosbuwiru lub sofosbuwiru+ledipaswiru. **8. 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 anty-HCV;	4) w przypadku wystąpienia działań niepożądanych możliwa jest redukcja dawki (interferonu lub rybawiryny) albo przerwanie leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. 3.2. Dawkowanie interferonu pegylowanego alfa-2b w monoterapii: 1) 0,5 µg/kg masy ciała / tydzień lub 2) 1,0 µg/kg masy ciała / tydzień. Szczegóły dotyczące dawkowania w tym przypadku określone są w Charakterystyce Produktu Leczniczego. 3.3. Czas terapii dla leczenia skojarzonego: 1) genotyp 1 lub 4: a) 48 tygodni, gdy po 12 tygodniach stwierdzono brak wiremii HCV RNA, b) dopuszczalne jest leczenie przez 24 tygodnie, gdy stwierdzono: - niskie wyjściowe miano wirusa (< 600 000 j.m./ml) oraz - brak wiremii HCV RNA w 4 tygodniu leczenia oraz - brak wiremii HCV RNA w 24 tygodniu leczenia, c) 72 tygodnie, gdy po 12 tygodniach leczenia wiremia HCV RNA obniża się o co najmniej 2 $\log_{10}$ i zanika po 24 tygodniach leczenia; 2) genotyp 2 lub 3 - 24 tygodnie; 3) niezależnie od genotypu, przy współistniejącym zakażeniu HIV i HCV - 48 tygodni. 3.4. Leczenie należy przerwać u świadczeniobiorców z włóknieniem wątroby do 2 stopnia włącznie w skali Scheuer'a lub odpowiadającemu temu stopniowi włóknieniu wątroby w innej skali, zakażonych genotypem 1 lub 4, u których: a) po 12 tygodniach terapii nie stwierdza się spadku wiremii o minimum 2 $\log_{10}$ względem wartości wyjściowej albo b) po 24 tygodniach terapii wiremia HCV RNA jest nadal wykrywalna, mimo że po 12 tygodniach zmniejszyła się o ponad 2 $\log_{10}$ względem wartości wyjściowej. 3.5. U świadczeniobiorców z włóknieniem wątroby powyżej 2 punktów w skali Scheuer'a lub odpowiadającemu temu stopniowi	- oznaczenie poziomu fT4; - oznaczenie poziomu AFP; - proteinogram; - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową; - USG jamy brzusznej; h) po 24 tygodniach od zakończenia leczenia - w 48 albo 72, albo 96 tygodniu - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową; **3) świadczeniobiorcy leczeni interferonem rekombinowanym alfa:** a) w 1 dniu: - morfologia krwi; - oznaczenie poziomu ALT; - próba ciążowa; b) w 2, 4, 6, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48 tygodniu: - morfologia krwi; - oznaczenie poziomu ALT; c) w 12, 24, 36 tygodniu: - oznaczenie stężenia kreatyniny; - oznaczenie poziomu kwasu moczowego; - oznaczenie poziomu TSH; - oznaczenie poziomu fT4; d) na zakończenie leczenia - w 24 albo 48 tygodniu: - oznaczenie poziomu GGT; - oznaczenie poziomu fosfatazy zasadowej; - oznaczenie stężenia kreatyniny; - oznaczenie poziomu kwasu moczowego; - oznaczenie poziomu TSH; - oznaczenie poziomu fT4; - oznaczenie poziomu AFP; - proteinogram;

3) niewyrównana marskość wątroby; 4) ciężka współistniejąca choroba serca, w tym niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa; 5) niewyrównana cukrzyca insulinozależna; 6) choroby o podłożu autoimmunologicznym z wyłączeniem autoimmunologicznego zapalenia wątroby typu II (anty-LKM-1); 7) niewyrównana nadczynność tarczycy; 8) retinopatia (po konsultacji okulistycznej); 9) padaczka (po konsultacji neurologicznej); 10) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających; 11) ciąża lub karmienie piersią; 12) czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej); 13) choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematoonkologicznej lub hematologicznej); 14) inne przeciwwskazania do stosowania poszczególnych rodzajów interferonu, rybawiryny albo symeprewiru określone w odpowiednich charakterystykach produktów leczniczych. **9. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 8 w trakcie leczenia; 2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia: a) w opinii lekarza prowadzącego terapię lub b) zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych; 3) brak skuteczności leczenia zgodnie z zasadami określonymi dla poszczególnych leków stosowanych w programie.	włóknieniu wątroby w innej skali lub manifestacją pozawątrobową zakażenia HCV terapię kontynuuje się do 48 tygodni. **4. Interferon rekombinowany alfa-2a oraz interferon rekombinowany alfa-2b** 4.1. Dawkowanie interferonu rekombinowanego alfa-2a oraz interferonu rekombinowanego alfa-2b w terapii skojarzonej z rybawiryną lub w monoterapii: 1) świadczeniobiorcy powyżej 18 roku życia - zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych; 2) świadczeniobiorcy od 3 do 18 roku życia (może być stosowany jedynie interferon rekombinowany alfa-2b) - 3 mln j.m./m^2 powierzchni ciała, 3 razy w tygodniu przez 24 lub 48 tygodni, zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. **5. Symeprewir** 7.1 Symeprewir stosowany jest w dawce 150 mg (1 tabletka 1 x dziennie). 7.2 U pacjentów z genotypem HCV 1 lub 4, dotychczas nieleczonych lub z nawrotem po leczeniu PEG-interferonem i rybawiryną, schemat terapii polega na stosowaniu trzech leków (symeprewiru, interferonu pegylowanego alfa oraz rybawiryny). U świadczeniobiorców, u których wiremia HCV RNA wynosi <25 IU/ml w tyg. 4 i jest niewykrywalna w tyg. 12, leczenie kontynuowane jest przy pomocy dwóch leków: interferonu pegylowanego alfa oraz rybawiryny przez kolejne 12 tygodni. Całkowity czas trwania leczenia wynosi 24 tygodnie (12 tyg. P/R/SMV + 12 tyg. P/R). U świadczeniodawców z genotypem HCV 1 lub 4, dotychczas nieleczonych lub z nawrotem po leczeniu PEG-interferonem i rybawiryną z marskością wątroby i jednoczesnym współzakażeniem HIV całkowity czas trwania leczenia wynosi 48 tyg. U pacjentów, u których wiremia HCV RNA w tyg. 4 jest równa lub wyższa niż 25 IU/ml lub w tyg, 12 HCV RNA jest wykrywalne, leczenie należy przerwać.	- oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową; - USG jamy brzusznej; e) po 24 tygodniach od zakończenia leczenia - w 48 albo 72 tygodniu - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową. **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.

	7.3 U świadczeniobiorców z genotypem HCV 1 lub 4, u których podczas wcześniejszej terapii PEG-interferonem i rybawiryną stwierdzono brak odpowiedzi lub odpowiedź częściową (bez względu na stopień zaawansowania włóknienia oraz współzakażenie HIV), schemat terapii polega na stosowaniu trzech leków (symeprewiru, interferonu pegylowanego alfa oraz rybawiryny) przez 12 tygodni. U świadczeniobiorców, u których wiremia HCV RNA wynosi <25 IU/ml w tyg. 4 i jest niewykrywalna w tyg. 12 oraz 24, leczenie kontynuowane jest przy pomocy dwóch leków: interferonu pegylowanego alfa oraz rybawiryny przez kolejne 24 tygodnie. Całkowity czas trwania leczenia wynosi 48 tygodni (12 tyg. P/R/SMV + 36 tyg. P/R). U pacjentów, u których wiremia HCV RNA w tyg. 4 jest równa lub wyższa niż 25 IU/ml albo w tyg, 12 lub 24 HCV RNA jest wykrywalne, leczenie należy przerwać. 7.4 W przypadku wystąpienia działań niepożądanych związanych ze stosowanymi lekami możliwa jest redukcja dawki interferonu i rybawiryny według wskazań ujętych w Charakterystykach Produktów Leczniczych. 7.5 Nie należy stosować redukcji dawek symeprewiru. 7.6 Symeprewir nie powinien być stosowany w monoterapii. W przypadku konieczności przerwania leczenia pegylowanym interferonem alfa i rybawiryną podawanymi w skojarzeniu z symeprewirem, należy także odstawić symeprewir. **6. Sofosbuwir oraz sofosbuwir+ledipaswir** finansowane są w ramach programu „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (ICD-10 B 18.2)”- załącznik B.71. do obwieszczenia Ministra Zdrowia.	

Załącznik B.3.

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**
1. Leczenie adjuwantowe imatynibem chorych z wysokim ryzykiem nawrotu ≥ 50% 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 **1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia imatynibem dzieci i dorosłych** 1) rozpoznanie mięsaka podścieliskowego przewodu pokarmowego potwierdzone histologicznie; 2) ekspresja CD117 potwierdzona immunohistochemicznie; 3) leczenie adjuwantowe: obecność wysokiego ryzyka ≥50% 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-α z wykluczeniem mutacji PDGFR-αD842V;	**1. Dawkowanie imatynibu** **1.1. Dorośli** a) dobowa dawka początkowa - 400 mg jednorazowo, b) dobowa dawka w przypadku wystąpienia progresji 800 mg w dwóch dawkach (2x400mg). **1.2. Dzieci** a) dzieci o powierzchni ciała do 1m^2: 340 mg/m^2, dawka dobowa jednorazowo. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki dobowej dwukrotnie, b) dzieci o powierzchni ciała powyżej 1 m^2 dawkowanie jak dla dorosłych. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki do 2 x 400 mg na dobę. **2. Dawkowanie sunitynibu** **2.1. Dorośli** 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	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia imatynibem albo sunitynibem** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność transaminaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny; 5) aktywności fosfatazy zasadowej; 6) poziom albumin; 7) EKG; 8) 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; 9) oznaczenie mutacji KIT i PDGFRA (dotyczy wyłącznie kwalifikacji do leczenia adjuwantowego imatynibem). **2. Monitorowanie leczenia imatynibem albo sunitynibem** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność aminotransferaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny; 5) aktywność fosfatazy zasadowej; 6) poziom albumin; 7) tomografia komputerowa

4) leczenie choroby zaawansowanej: brak możliwości wykonania resekcji lub obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego lub wyników badań obrazowych; 5) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu tomografii komputerowej; 6) stan sprawności (według klasyfikacji WHO 0-2); 7) prawidłowe wyniki badań czynności szpiku (liczba płytek krwi ≥75000/mm^3, liczba bezwzględna neutrofili ≥1000/mm^3, stężenie hemoglobiny ≥ 8.0 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). **1.2. Określenie czasu leczenia imatynibem w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **1.3. Kryteria wyłączenia z leczenia imatynibem** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na imatynib; 2) nawrót GIST podczas leczenia adjuwantowego, które może trwać maksymalnie do 36 miesięcy; 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 1m^2 progresja choroby w trakcie stosowania leku po zwiększeniu dawki imatynibu dwukrotnie; 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	przerwę w przyjmowaniu leku. Dawka dobowa nie powinna być mniejsza niż 25 mg. **2.2. Dzieci** a) dzieci powyżej 6 r. ż. dawkowanie jak u dorosłych, 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. **3. Dawkowanie sorafenibu** **Dobowa dawka 800 mg (w dwóch dawkach 2x400 mg)**	Badania laboratoryjne należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy - nie rzadziej niż raz na 4-6 tygodni. Badania obrazowe (TK) należy wykonywać: a) u pacjentów leczonych adjuwantowo imatynibem: - pierwsze badanie - po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia uzupełniającego, - następne badania – co 6 miesięcy do zakończenia uzupełniającego leczenia imatynibem (3 lata), - następne badania – co 6 miesięcy do upływu 5-letniego okresu od rozpoczęcia leczenia uzupełniającego, - następne badania – co 12 miesięcy; b) u pacjentów z nieoperacyjnym lub rozsianym GIST: - co 2 miesiące w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia, - następne badania – co 3 miesiące. Należy oceniać zmiany pod względem różnic ich wielkości (skala RECIST) i gęstości. **3. Badania przy kwalifikacji do leczenia sorafenibem** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność transaminaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny i kreatyniny; 5) aktywności fosfatazy zasadowej; 6) tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań). **4. Monitorowanie leczenia sorafenibem** 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:

wyjściowej, lub pojawienie się nowej/nowych zmian o wielkości co najmniej 10 mm); 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); 6) stan sprawności według WHO 3-4; 7) obecność istotnych chorób współistniejących lub niewydolności narządowej (do oceny przez lekarza prowadzącego); 8) choroba serca oceniana na III lub IV klasę wg WHO (NYHA); 9) stosowanie warfaryny w pełnych dziennych dawkach; 10) ciąża; 11) karmienie piersią. **2. Leczenie sunitynibem** **2.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia sunitynibem dzieci i dorosłych** 1) rozpoznanie mięsaka podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) potwierdzone histologicznie; 2) ekspresja CD117 potwierdzona immunohistochemicznie; 3) brak możliwości resekcji zmian lub obecność przerzutów udokumentowane na podstawie oceny stanu klinicznego i wyników badań obrazowych; 4) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu komputerowej tomografii; 5) udokumentowana progresja w czasie leczenia imatynibem (oporność) lub nietolerancja imatynibu (3-4 stopień toksyczności);		1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność aminotransferaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny i kreatyniny; 5) aktywność fosfatazy zasadowej; 6) badanie ciśnienia tętniczego; 7) tomografia komputerowa odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych (minimum jama brzuszna i miednica); 8) inne badania w razie wskazań klinicznych. **5. 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, 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.

6) stan sprawności według klasyfikacji WHO 0-3; 7) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: liczba płytek krwi ≥ 75000/mm^3, liczba bezwzględna neutrofili ≥ 1000/ mm^3, stężenie hemoglobiny ≥ 8.0 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 ≥ 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 $\geq 100000/mm^3$, liczba bezwzględna neutrofili $\geq 1500/mm^3$, stężenie hemoglobiny $\geq 10,0$ 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.		

3.3. Wyłączenie z programu leczenia sorafenibem: 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorafenib; 2) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania sorafenibu; 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; 4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności 2-4 według klasyfikacji Zubroda-WHO; 5) rezygnacja pacjenta.		

Załącznik B.4.

LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA JELITA GRUBEGO (ICD-10 C 18 – C 20)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej cetuksymab 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 w genie *BRAF V600E*; 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST; 7) stan sprawności w stopniach 0-1według klasyfikacji Zubroda-WHO; 8) wiek powyżej 18. roku życia; 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: • liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x10^5/mm^3, • bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa1500/mm^3, • stężenie hemoglobiny większe lub równe10,0 g/dl; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: • stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych	**Cetuksymab** stosowany wg schematu: 1. 400 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny (pierwsza dawka) oraz 250 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę (kolejne dawki). W tym przypadku cetuksymab stosowany jest w odstępach 7-dniowych. lub 2. 500 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny wówczas cetuksymab stosowany jest w odstępach 14-dniowych. O wyborze schematu dawkowania decyduje lekarz prowadzący. Cetuksymab stosowany jest w monoterapii (trzecia linia leczenia) lub wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI (pierwsza linia leczenia). Chemioterapia według schematu FOLFIRI: 1) irynotekan 180 mg/m^2 dożylnie we wlewie trwającym 30-90 minut – dzień 1.; 2) folinian wapniowy w postaci racemicznej 200 mg/m^2 lub kwas lewofolinowy w równoważnej	**Badania podczas kwalifikowania do leczenia cetuksymabem lub panitumumabem:** 1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego; 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*; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia: a) mocznika, b) kreatyniny, c) bilirubiny – w surowicy; 5) oznaczenie stężenia: a) transaminaz (AspAT, AlAT), b) dehydrogenazy mleczanowej (LDH) c) magnezu – w surowicy; 6) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym; 7) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 8) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów; 9) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej; 10) EKG;

z zespołem Gilberta),
- aktywność transaminaz (alaninoweji asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,
- stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;

11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI;
12) wykluczenie ciąży;
13) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);
14) przeciwwskazania do zastosowania cetuksymabu – niżej wymienione – nieobecne:
    - włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,
    - nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.

Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez cetuksymabu).

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 jakikolwiek 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;

dawce (50% dawki racematu) we wlewie trwającym 2 godziny – dzień 1.i 2.;
3) fluorouracyl 400 mg/m^2 dożylnie we wstrzyknięciu i następnie 600 mg/m^2 we wlewie trwającym 22 godziny – dzień 1. i 2.

W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie cetuksymabu, to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.

Chemioterapia według schematu FOLFIRI – stosowana w odstępach 14-dniowych.

Panitumumab – 6 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę w monoterapii (trzecia linia leczenia) lub wraz z chemioterapią według schematu FOLFOX-4 (pierwsza linia leczenia)

Chemioterapia według schematu FOLFOX-4
1) oksaliplatyna 85 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny – dzień 1.;
2) folinian wapniowy w postaci racemicznej 200mg/m^2 powierzchni ciała lub kwas lewofolinowy w równoważnej dawce (50% dawki racematu) dożylnie we wlewie 2 godziny – dzień 1. i 2.,
3) fluorouracyl 400 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wstrzyknięciu, a następnie 600 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 22 godziny – dzień 1. i 2. (całkowita dawka fluorouracylu – 2000 mg/m^2 powierzchni ciała

11) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Badania podczas kwalifikowania do leczenia bewacyzumabem:
1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;
2) potwierdzenie obecności mutacji aktywującej genu *KRAS* lub *NRAS* – w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapia według schematu FOLFIRI;
3) morfologia krwi z rozmazem;
4) oznaczenie stężenia:
   a) mocznika,
   b) kreatyniny,
   c) bilirubiny
   – w surowicy;
5) oznaczenie aktywności:
   a) transaminaz (AspAT, AlAT),
   b) dehydrogenazy mleczanowej (LDH)
   – w surowicy;
6) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT);
7) oznaczenie INR;
8) badanie ogólne moczu;
9) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;
10) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;
11) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów;
12) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej;
13) EKG;

5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO. **II. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej bewacyzumab** 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) wcześniejsze stosowanie chemioterapii uzupełniającej z oksaliplatyną – w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią FOLFIRI; 6) potwierdzona obecność aktywującej mutacji genu KRAS lub NRAS – w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią FOLFIRI; 7) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST; 8) stan sprawności w stopniach 0-1według klasyfikacji Zubroda-WHO; 9) wiek powyżej 18. roku życia; 10) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: • liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x10^5/mm^3, • bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa1500/mm^3, • stężenie hemoglobiny większe lub równe10,0 g/dl; 11) wskaźniki czynności wątroby i nerek: • stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),	w ciągu 48 godzin). Chemioterapia według schematu FOLFOX-4 – stosowana w odstępach 14-dniowych. Panitumumab – stosowany w odstępach 14-dniowych. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie panitumumabu, to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni. W uzasadnionych przypadkach (w szczególności w przypadku wystąpienia polineuropatii) można zredukować dawkę oksaliplatyny do 65 mg/m^2 powierzchni ciała, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia do 3 tygodni (w szczególności w przypadku powikłań hematologicznych). . **Bewacyzumab –** 10 mg/kg masy ciała dożylnie (schemat FOLFOX-4) lub 5 mg/kg masy ciała dożylnie (schematy FOLFIRI) we wlewie trwającym 30-90 minut (dzień 1.) wraz z chemioterapią według schematów: a) FOLFIRI (j.w.) – pierwsza linia leczenia; b) FOLFOX-4 – druga linia leczenia. Chemioterapia według schematu FOLFOX-4: 1) oksaliplatyna 85 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny – dzień 1.; 2) folinian wapniowy w postaci racemicznej 200 mg/m^2 powierzchni ciała lub kwas lewofolinowy w równoważnej dawce (50%	14) pomiar ciśnienia tętniczego; 15) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **Badania przy kwalifikacji do leczenia aflibercept:** 1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia: a) mocznika, b) kreatyniny, c) bilirubiny – w surowicy; 4) oznaczenie aktywności: a) transaminaz (AspAT, AlAT), b) dehydrogenazy mleczanowej (LDH) – w surowicy; 5) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT); 6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT); 7) badanie ogólne moczu; 8) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym; 9) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 10) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów; 11) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane KT klatki piersiowej; 12) EKG; 13) pomiar ciśnienia tętniczego; 14) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą

• aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy, • stężenie kreatyniny w granicach normy; 12) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI; 13) wykluczenie ciąży; 14) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego); 15) przeciwwskazania do zastosowania bewacyzumabu – niżej wymienione – nieobecne: • nieusunięta pierwotna zmiana nowotworowa w jelicie grubym (chorzy kwalifikowani do leczenia bewacyzumabem muszą mieć wykonaną resekcję pierwotnej zmiany w jelicie grubym), • czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, • niestabilne nadciśnienie tętnicze, • niestabilna choroba niedokrwienna serca, • naczyniowe choroby ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie, • wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia, • stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień, • stosowanie leków przeciwkrzepliwych lub antyagregacyjnych (dopuszczalne jest podawanie heparyny drobnocząsteczkowej w dawce profilaktycznej), • niegojące się rany, • zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia, • białkomocz(z wyjątkiem stopnia 1 wg CTCAE),	dawki racematu)dożylnie we wlewie 2godziny – dzień 1. i 2.; 3) fluorouracyl 400 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wstrzyknięciu, a następnie 600 mg/ m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 22godziny – dzień 1. i 2. (całkowita dawka fluorouracylu – 2000 mg/m^2 powierzchni ciała w ciągu 48 godzin). Bewacyzumab – stosowany w odstępach 14-dniowych (lek nie może być stosowany w monoterapii). 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. W uzasadnionych przypadkach (w szczególności w przypadku wystąpienia polineuropatii) można zredukować dawkę oksaliplatyny do 65 mg/m^2 powierzchni ciała, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia do 3 tygodni (w szczególności w przypadku powikłań hematologicznych). **Aflibercept -** 4 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę (dzień 1) wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI: 1) irynotekan 180 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 90 minut – dzień 1; 2) kwas folinowy 400 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny – dzień 1; 3) fluorouracyl 400 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie	obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia cetuksymabem lub panitumumabem:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia: a) kreatyniny, b) bilirubiny – w surowicy; 3) oznaczenie stężenia: a) transaminaz (AspAT, AlAT), b) fosfatazy alkalicznej, c) magnezu – w surowicy; 4) ocena powikłań skórnych; 5) inne badanie w razie wskazań klinicznych. 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. 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. Badania należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.

• alergia na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych. Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (<u>w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez bewacyzumabu</u>). 2. Określenie czasu leczenia Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii; 2) progresja choroby w trakcie leczenia; 3) długotrwałe i istotne klinicznie 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. **III. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab** 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;	we wstrzyknięciu, a następnie 2 400 mg/m^2 powierzchni ciała w ciągłej infuzji dożylnej trwającej przez 46 godzin. Cykl leczenia powtarza się co dwa tygodnie. Aflibercept nie może być stosowany w monoterapii.	**Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia bewacyzumabem:** 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. 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.

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 0-1według klasyfikacji Zubroda-WHO; 8) wiek powyżej 18. roku życia; 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: • liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x10^5/mm^3, • bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa1500/mm^3, • stężenie hemoglobiny większe lub równe10,0 g/dl; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: • stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), • aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy, • stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy; 11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFOX; 12) niestosowanie wcześniej chemioterapii uzupełniającej z oksaliplatyną; 13) wykluczenie ciąży; 14) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego); 15) przeciwwskazania do zastosowania panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne: • włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,		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. **Monitorowanie skuteczności leczenia aflibercept em, bewacyzumabem, cetuksymabem lub panitumumabem:** 1) badanie KT odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej; 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia; 2) w chwili wyłączenia z programu, o ile nastąpiło z innych przyczyn niż udokumentowana progresja choroby; 3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST. **Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy VI pkt. 1, powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**

• nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą. Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez panitumumabu). 2. Określenie czasu leczenia Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) objawy nadwrażliwości na panitumumab lub jakikolwiek 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. **III. 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.** 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).		**Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej 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 NFZ. 4) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy VI pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Kryteria kwalifikowania – stan sprawności w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO oraz typowe dla chemioterapii i umieszczone w punkcie1. w przypadku stosowania bewacyzumabu w pierwszej linii z wyjątkiem punktów 4), 5), 6), 8) i 12). 2. Określenie czasu leczenia Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab lub jakikolwiek 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) utrzymujący się białkomocz stopnia co najmniej 2. wg CTCAE; 5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO. **IV. 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 aflibercептu; 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 x $10^5/mm^3$, b) bezwzględna liczba neutrofili większa lub równa $1500/mm^3$, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-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 w granicach normy; 11) wykluczenie ciąży; 12) nieobecność przerzutów w mózgu (w przypadku objawów klinicznych ze strony ośrodkowego układu nerwowego konieczne jest wykluczenie przerzutów na podstawie badania obrazowego); 13) nieobecność przeciwwskazań do chemioterapii według schematu FOLFIRI ;		

14) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania aflibercepu, którymi są: a) nieusunięta pierwotna zmiana nowotworowa w jelicie grubym (pacjenci kwalifikowani do leczenia afliberceptem muszą mieć wykonaną resekcję pierwotnej zmiany w jelicie grubym), b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, c) nie poddające się kontroli nadciśnienie tętnicze, d) zastoinowa niewydolność krążenia klasy III lub IV wg NYHA, e) tętniczy incydent zatorowo-zakrzepowy, f) żylne zdarzenie zakrzepowo-zatorowe zagrażające życiu- stopień IV (w tym zatorowość płucna), g) choroby naczyniowe ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie, h) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia, i) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień, j) niegojące się rany, k) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia, l) białkomocz $\geq$ 2g/24 godziny oznaczony w dobowej zbiórce moczu - jeśli poprzedzające badanie ogólne moczu było nieprawidłowe, m) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych. Kryteria kwalifikacji musza 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. **V. 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: • liczba płytek krwi większa lub równa 0,75 x $10^5/mm^3$, • bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa1000/mm^3, • stężenie hemoglobiny większe lub równe8,0 g/dl; 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:		

• stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), • aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy, • 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: • włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc, • 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 jakikolwiek 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. **VI. 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.		

Załącznik B.5.

LECZENIE RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (ICD-10 C 22.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: 1) histologiczne lub cytologiczne rozpoznanie raka wątrobowokomórkowego**.** W przypadku pacjentów z marskością wątroby w wywiadzie ze zmianami o średnicy >1 cm możliwe jest odstąpienie 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, żylnej wrotnej i równowagi, ze wzmocnieniem w fazie tętniczej (zmiana hiperdensyjna) oraz wypłukiwaniem kontrastu z ogniska w fazie żylnej wrotnej lub równowagi (zmiana hipodensyjna); 2) brak możliwości zastosowania leczenia miejscowego lub jego nieskuteczność; 3) stan sprawności 0-1 według WHO; 4) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh; 5) nieobecność przerzutów poza wątrobą; 6) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z kryteriami RECIST; 7) wskaźniki morfologii krwi: a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 8,5 g/dl, b) liczba granulocytów większa lub równa 1,0 x 10^9/l,	1. Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg (2 razy dziennie po 2 tabletki zawierające 200 mg) bez przerw. 2. 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). 3. Jeżeli istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w okresie 4 tygodni pomimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie. 4. 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. 5. Dalsze redukcje dawki leku nie są możliwe - ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia.	**1.Badania przy kwalifikacji do leczenia sorafenibem:** 1) potwierdzenie raka wątrobowokomórkowego histologiczne lub cytologiczne lub radiologiczne przy pomocy kontrastowej trójfazowej dynamicznej CT lub MRI (u pacjentów z marskością wątroby); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia mocznika, kreatyniny, AspAT, AlAT, fosfatazy alkalicznej, bilirubiny, wapnia, białka, glukozy, albumin, AFP w surowicy; 4) oznaczenie antygenu HBS oraz przeciwciał anty-HCV w surowicy; 5) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego; 6) tomografia komputerowa jamy brzusznej i klatki piersiowej (w celu wykluczenia przerzutów pozawątrobowych); 7) RTG klatki piersiowej; 8) EKG; 9) próba ciążowa (u kobiet w wieku rozrodczym); 10) pomiar ciśnienia tętniczego. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **2.Monitorowanie leczenia:** 1) co 4 tygodnie (lub w chwili rozpoczynania kolejnego

c) liczba płytek większa lub równa 60 x 10^9/l; 8) wskaźniki czynności nerek - stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy; 9) wskaźniki czynności wątroby: a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 3 mg/dl, b) stężenie AspAT i AlAT mniejsze lub równe 5-krotności górnej granicy normy, c) stężenie albumin większe lub równe 3 g/dl, d) INR mniejsze lub równe 2,3 lub czas protrombinowy przedłużony o maksymalnie 6 sekund powyżej górnej granicy normy; 10) niestosowanie w przeszłości farmakologicznego leczenia przeciwnowotworowego z powodu raka wątrobowokomórkowego; 11) u kobiet w wieku rozrodczym wykluczenie ciąży na podstawie testu ciążowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:** 1) brak udokumentowanego rozpoznania raka wątrobowokomórkowego zgodnie z kryteriami włączenia; 2) przebyta chemioterapia lub innego rodzaju farmakologiczne leczenie z powodu raka wątrobowokomórkowego; 3) możliwość zastosowania leczenia miejscowego raka wątrobowokomórkowego; 4) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze; 5) stan sprawności 2-4 według WHO; 6) obecność przerzutów poza wątrobą; 7) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;		28-dniowego kursu jeżeli leczenie było czasowo przerwane): a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny, AspAT, AlAT, fosfatazy alkalicznej, bilirubiny w surowicy, c) pomiar ciśnienia tętniczego, d) inne - w razie wskazań klinicznych; 2) nie rzadziej niż co 12 tygodni (lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu jeżeli leczenie było czasowo przerwane): a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego, c) tomografia komputerowa jamy brzusznej, d) RTG klatki piersiowej, e) EKG, f) inne badania – w razie wskazań klinicznych; 3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych: a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego, c) tomografia komputerowa jamy brzusznej, d) RTG 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

8) obecność istotnych schorzeń współistniejących; 9) uszkodzenie szpiku kostnego, nerek lub wątroby (brak spełnienia laboratoryjnych kryteriów włączenia do programu); 10) ciąża lub karmienie piersią; 11) 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. **4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorafenib 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.		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.6.

LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA (ICD-10 C 34)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) lub drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu) – erlotynib lub gefitynib (mutacja w genie *EGFR*) 1.1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego lub b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego lub d) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS); 1.2. obecność mutacji aktywującej w genie *EGFR* kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. *epidermal growth factor receptor* – EGFR); 1.3. zaawansowanie miejscowe (stopień III – z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie	Dawkowanie leków w programie i modyfikowanie leczenia powinno być zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych; 2) potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów *EGFR* oraz *ALK*) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PD1, PDL1) zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 9) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PDL1; 10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 11) elektrokardiografia (EKG); 12) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza; 13) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej. **2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem;

radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV); 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; 1.5. 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 zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 1.6. wiek powyżej 18. roku życia; 1.7. sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów WHO lub ECOG; 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); 1.9. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 1.10. czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);		2) oznaczenia stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 7) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PDL1; 8) EKG. Wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-tygodniowych (wyjątek – badania czynnościowe tarczycy wykonywane co 8 tygodni). W przypadku pembrolizumabu wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 6-12 tygodniowych. **3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia** 1) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza; 2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania wykonywane są co 3 miesiące. **Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 8. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**

1.11. czynności 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; 1.12. nieobecność przeciwwskazań do stosowania erlotynibu lub gefitynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 1.13. wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie; 1.14. wykluczenie stosowania wcześniejszego leczenia farmakologicznego niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia (obecność przerzutów) lub miejscowego zaawansowania – dotyczy jedynie stosowania erlotynibu lub gefitynibu w pierwszej linii leczenia; 1.15. ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek – utrata włosów) – dotyczy stosowania erlotynibu i gefitynibu w drugiej linii leczenia; 1.16. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym; Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.		**4. 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 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). 4) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 8. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

2. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia afatynibem, erlotynibem 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. progresja po zastosowaniu afatynibu, erlotynibu lub gefitynibu w pierwszej linii leczenia chorych na miejscowo zaawansowanego (bez możliwości zastosowania leczenia lokoregionalnego) lub uogólnionego niedrobnokomórkowego raka z mutacją aktywującą w genie *EGFR*; 2.3. obecność mutacji T790M w genie *EGFR*; 2.4. 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; 2.5. 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 zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 2.6. wiek powyżej 18. roku życia; 2.7. sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 2.8. wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu (śródmiąższowa 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); 2.9. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 2.12. czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 2.13. 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; 2.14. nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 2.15. wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie;		

2.16. ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek – utrata włosów); 2.17. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **3. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia przy wykorzystaniu substancji czynnej kryzotynib (druga lub trzecia linia leczenia)** 3.1 rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne gruczolakoraka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą utkania gruczolakoraka; 3.2 rozpoznanie wymienionego nowotworu w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia; 3.3 obecność rearanżacji w genie *ALK* na podstawie badania metodą fluoroscencyjnej hybrydyzacji in situ (ang. *fluorescencje in situ hybridisation* – FISH) lub sekwencjonowania nowej generacji (ang. *new-generation sequencing* – NGS) z wykorzystaniem zwalidowanego testu. 3.4 progresja po zastosowaniu chemioterapii w pierwszej linii leczenia po uprzednim leczeniu systemowym (chemioterapia wielolekowa z udziałem chodnej platyny lub monoterapii); 3.5 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; 3.6 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 zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 3.7 ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek – utrata włosów); 3.8 wiek powyżej 18 roku życia; 3.9 sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 3.10 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); 3.11 czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3.12. czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 3.13. 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;		

3.14 nieobecność przeciwwskazań do stosowania kryzotnibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3.15. wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **4. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) – pembrolizumab (ekspresja PDL1 ≥ 50%)** 4.1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 4.2. obecność ekspresji PDL1 w 50% lub większym odsetku komórek nowotworowych potwierdzona z wykorzystaniem metody wskazanej w Charakterystyce Produktu Leczniczego lub przy użyciu koncentratu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263. 4.3. wykluczenie mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genu *ALK* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobno komórkowego raka płuca NOS; 4.4. zaawansowanie kliniczne w stopniu IV 4.5. 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;		

4.6. 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 zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 4.7. wiek powyżej 18. roku życia; 4.8. sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 4.9. wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; 4.10. nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1,, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 4.11.czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4.12. czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 4.13. 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; 4.14. nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 4.15. wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz leków ukierunkowanych molekularnie; 4.16. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **5. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca o typie płaskonabłonkowym do leczenia drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu) – niwolumab (niezależnie od stopnia ekspresji PDL1 w raku płaskonabłonkowym)** 5.1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca o typie płaskonabłonkowym 5.2. wykluczenie mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genu *ALK* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobno komórkowego raka płuca NOS;		

5.3. zaawansowanie miejscowe (stopień III – z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV); 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; 5.5. 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 zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 5.6. wiek powyżej 18. roku życia; 5.7. sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 5.8. wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; 5.9. nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1,, niedoczynności tarczycy w trakcie wyłącznej suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;		

5.10.czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5.11. czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 5.12. 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; 5.13. nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 5.14. wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz leków ukierunkowanych molekularnie; 5.15. ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek – utrata włosów); 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. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **6. Określenie czasu leczenia w programie**		

6.1. Inhibitory tyrozynowej kinazy EGFR (erlotynib, gefitynib, ozymertynib) i ALK (kryzotynib) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z: (1) z zasadami terapii określonymi w punktach 6.1.1., 6.1.2., 6.1.3.; oraz (2) z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 7. 6.1.1. Stosowanie leków anty-EGFR (w ramach pierwszej i drugiej linii leczenia) i anty-ALK (w ramach drugiej i trzeciej linii leczenia) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych. 6.1.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): (1) przed leczeniem - nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku; (2) w czasie leczenia - co 3 miesiące (ważność badania - 14 dni). 6.1.3. 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 miąższu 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. **6.2. Inhibitory PD1 (pembrolizumab, niwolumab)** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z: (1) z zasadami terapii określonymi w punktach 6.2.1., 6.2.2., 6.2.3.; oraz (2) z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 7. 6.2.1. Stosowanie pembrolizumabu (I linia leczenia) i niwolumabu (II linia leczenia) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych. 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.		

6.2.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): (1) przed leczeniem – nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku; (2) w czasie leczenia – co 3 miesiące (ważność badania – 14 dni). 6.1.3. 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 miąższu 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. **7. Kryteria wyłączenia z programu** 7.1. wystąpienie progresji choroby – potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub/i obrazowym – ocenionej według kryteriów skali RECIST 1.1.: a) powiększenie się istniejących zmian o przynajmniej 20% lub b) pojawienie się przynajmniej jednej nowej zmiany z wyjątkiem chorych z progresją w obrębie OUN leczonych kryzotynibem, u których dopuszcza się kontynuowanie leczenia w skojarzeniu z radioterapią OUN (wówczas w		

okresie 3 dni przed oraz podczas radioterapii OUN konieczność przerwania leczenia kryzotynibem); 7.2. pogorszenie – istotne klinicznie – stanu chorego w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 7.3. 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.); 7.4. 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.); 7.5. wystąpienie nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą; 7.6. wystąpienie autoimmunologicznego zapalenia narządowego o nasileniu w stopniach wyższych niż wymienione w punkcie 6.2.1. podczas stosowania inhibitorów PD1 lub PDL1. 7.6. obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów WHO lub ECOG; 7.7. przerwanie stosowania inhibitorów EGFR i ALK oraz ROS1 dłuższe niż 3 tygodnie wskutek wystąpienia niepożądanych działań leczenia; 7.8. pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7.9. wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego). **8. 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.		

Załącznik B.8.

LECZENIE MIĘSAKÓW TKANEK MIĘKKICH (ICD-10 C48, C49)

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

12) klirens kreatyniny większy lub równy 30 ml/min w przypadku monoterapii;
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;
14) poziom kinazy kreatynowej mniejszy lub równy 2,5-krotności górnej granicy normy;
15) stężenie hemoglobiny większe lub równe 9 g/dl;
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);
17) zastosowanie nie więcej niż 3 linii wcześniejszej chemioterapii.
Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:
1) nadwrażliwość na trabektedynę lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) współistniejące poważne lub niekontrolowane zakażenie;
3) wystąpienie poważnej, nawracającej i trudno odwracalnej toksyczności (stopień 3-4) podczas wcześniejszej chemioterapii;
4) ciąża lub karmienie piersią;
5) jednoczesne podanie szczepionki przeciwko żółtej febrze.

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 z programu, o których mowa w ust. 1.4.

1.4. Kryteria wyłączenia z programu:
1) progresja choroby - oceniania zgodnie z kryteriami RECIST;
2) działania niepożądane powyżej 2 stopnia według WHO

5-nukleotydazy lub GGT);
5) poziom albuminy większy lub równy 25 g/l;
6) aktywność aminotransferazy alaninowej (AIAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy;
7) klirens kreatyniny większy lub równy 30 ml/min w przypadku monoterapii;
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;
9) poziom kinazy kreatynowej mniejszy lub równy 2,5-krotności górnej granicy normy;
10) stężenie hemoglobiny większe lub równe 9 g/dl.

1.6 W przypadku niespełnienia kryteriów określonych w ust. 1.5 należy opóźnić podanie trabektedyny aż do osiągnięcia przez parametry biochemiczne wymaganych wartości.
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.

2. Dawkowanie pazopanibu

1) Zalecana dawka pazopanibu wynosi 800 mg raz na dobę.
2) W zależności od indywidualnej tolerancji leczenia w celu opanowania działań

a) morfologia krwi z rozmazem,
b) oznaczenie stężenia hemoglobiny,
c) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy lub klirens kreatyniny,
d) oznaczenie stężenia bilirubiny,
e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,
f) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,
g) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej (w tym 5-nukleotydazy lub GGT, w przypadku gdy podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego),
h) oznaczenie poziomu albumin w surowicy,
i) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej.

Badania należy wykonywać raz w tygodniu podczas dwóch pierwszych cykli leczenia oraz co najmniej raz między zastosowaniem leku w kolejnych cyklach leczenia.
2) badania obrazowe
Badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego odpowiednich okolic ciała - wykonywane co 7-9 tygodni oraz nie rzadziej niż co 3 cykle terapii.
Odpowiedź na leczenie należy oceniać zgodnie z kryteriami RECIST.

2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich pazopanibem

2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:
1) histologiczne potwierdzenie określonego typu mięsaka zgodnie z kryteriami włączenia;
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny;
4) oznaczenie stężenia bilirubiny;

(z wyłączeniem przejściowych objawów typowych dla leczenia trabektedyną); 3) niespełnienie kryteriów wymaganych przy podaniu kolejnej dawki leku; 4) rezygnacja pacjenta. **2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich pazopanibem** **2.1. Kryteria kwalifikacji:** 1) rozpoznanie histopatologiczne zaawansowanego (nieresekcyjnego lub przerzutowego) jednego z niżej wymienionych mięsaków tkanek miękkich: a) fibroblastycznego (włókniakomięsak dorosłych- ang. adult fibrosarcoma, śluzakowłókniakomięsak- ang.myxofibrosarcoma, stwardniały nabłonkowaty włókniakomięsak- ang.sclerosing epithelioid fibrosarcoma, guz włóknisty-ang.malignant solitary fibrous tumour), b) fibrohistiocytarnego (pleomorficzny mięsak histiocytarny włóknisty-ang.pleomorphic malignant fibrous histiocytoma-MFH, giant cell MFH, inflammatory MFH), c) mięśniakomięsaka gładkokomórkowego-ang. leiomyosarcoma, d) złośliwego guza kłębka-ang. malignant glomus tumour, e) mięśniakomięsaka prążkowanokomórkowego pleomorficznego lub pęcherzykowego-ang. rhabdomyosarcoma pleomorphicum, rhabdomyosarcoma alveolare, f) guza naczyniowego (nabłonkowaty śródbłoniak krwionośny-ang.epithelioid hemangioendothelioma, mięsaki naczyń krwionośnych-ang.angiosarcoma), 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,	niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 200 mg. 3) Dawka pazopanibu nie powinna być większa niż 800 mg. **3. Dawkowanie sunitynibu** 1) Zalecana dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg raz na dobę. 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.	5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; 6) badania obrazowe do potwierdzenia progresji choroby wg RECIST; 7) badanie elektrokardiograficzne; 8) badanie echokardiograficzne; 9) oznaczenie poziomu TSH; 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; 11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2.2. Monitorowanie leczenia:** 1) badania biochemiczne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenia poziomu kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny, c) oznaczenie stężenia bilirubiny, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej. 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. 2) inne badania: a) systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego. Badania należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy – nie rzadziej niż raz na 4-6 tygodni. 3) badania obrazowe Badania obrazowe (tomografia komputerowa, ewentualnie

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), h) złośliwego obwodowego guza osłonek nerwowych; 2) stopień złośliwości histologicznej średni lub wysoki (G2 lub G3); 3) progresja choroby (wg kryteriów RECIST): a) w trakcie lub przynajmniej po jednym schemacie chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej, lub b) w ciągu 12 miesięcy od zakończenia chemioterapii neoadiuwantowej lub adiuwantowej; 4) wiek powyżej 18 lat; 5) stopień sprawności 0-1 według klasyfikacji WHO; 6) brak przerzutów w obrębie OUN; 7) wydolność szpiku kostnego wyrażona następującymi wartościami: a) poziom hemoglobiny większy lub równy 9,0 g/dl, b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/mm^3, c) liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm^3; 8) poziom kreatyniny mniejszy lub równy 1,5-krotności górnej granicy normy lub klirens kreatyniny większy lub równy 50 ml/min; 9) poziom bilirubiny mniejszy lub równy 1,5-krotności górnej granicy normy; 10) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy; 11) frakcja wyrzutowa lewej komory większa lub równa dolnej granicy normy lokalnej instytucji. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:**		rezonans magnetyczny) w celu oceny kontroli choroby (wg kryteriów RECIST) należy wykonywać nie rzadziej niż co 3 miesiące. **3. Leczenie mięsaków tkanek miękkich sunitynibem** **3.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:** 1) histologiczne potwierdzenie mięsaka pęcherzykowatego zgodnie z kryteriami włączenia; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; 6) badanie elektrokardiograficzne; 7) badanie echokardiograficzne; 8) oznaczenie poziomu TSH; 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; 10) badanie ogólne moczu; 11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **3.2. Monitorowanie leczenia:** 1) badania biochemiczne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny, c) oznaczenie stężenia bilirubiny, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,

1) rozpoznanie histopatologiczne mięsaka tkanek miękkich: a) chrzęstniakomięsaka, b) mięsaka Ewinga / prymitywnych guzów neuroektodermalnych, c) tłuszczakomięsaka, d) wszystkich mięśniakomięsaków prążkowanokomórkowych innych niż pleomorficzne i pęcherzykowe, e) mięsaka kościopochodnego, f) nowotworu podścieliskowego przewodu pokarmowego, g) włókniakomięsaka guzowatego skóry, h) zapalnego guza miofibroblastycznego, i) złośliwego międzybłoniaka, j) mieszanego guza mezodermalnego trzonu macicy, k) innych typów niewymienionych jako spełniające kryteria włączenia; 2) wcześniejsze leczenie inhibitorami angiogenezy; 3) niewłaściwa kontrola nadciśnienia tętniczego (wartości powyżej 150/ 90 mmHg); 4) przebyte w ciągu ostatnich 6 miesięcy choroby, zabiegi 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) nieleczona zakrzepica żył głębokich, j) niekontrolowane leczenie lub profilaktyka wtórna epizodów zakrzepowo-zatorowych, k) klinicznie istotne krwawienia,		e) badanie ogólne moczu; 2) inne badania: a) systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego. Badania kontrolne wymienione w punktach 1 i 2 należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy – nie rzadziej niż raz na 8-12 tygodni. 3) badania obrazowe Badania obrazowe (tomografia komputerowa, ewentualnie rezonans magnetyczny) w celu oceny kontroli choroby (wg kryteriów RECIST) należy wykonywać nie rzadziej niż co 3 miesiące. **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.

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^3; c) liczba płytek krwi większa lub równa 75 000/mm^3; 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) nieleczona zakrzepica żył głębokich, j) niekontrolowane leczenie lub profilaktyka wtórna epizodów zakrzepowo-zatorowych,		

k) klinicznie istotne krwawienia, l) duże zabiegi chirurgiczne niezwiązane z leczeniem choroby podstawowej; 3) niewygojone naruszenie ciągłości powłok (np. rana pooperacyjna lub inne); 4) nadwrażliwość na sunitynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 5) ciąża lub karmienie piersią. **3.3. 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. **3.4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) progresja choroby - oceniana zgodnie z kryteriami RECIST; 2) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na sunitynib; 3) rezygnacja pacjenta.		

Załącznik B.9.

LECZENIE RAKA PIERSI (ICD-10 C 50)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) lub pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem **1.1. Kryteria kwalifikacji:** 1) histologiczne rozpoznanie inwazyjnego raka piersi; 2) nadekspresja HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH); 3) stopień zaawansowania: a) nowotwór pierwotnie klinicznie operacyjny: – wyjściowo średnica guza powyżej 10 mm lub cecha cN1, jeżeli chore otrzymują systemowe leczenie przedoperacyjne (w tym zawierające trastuzumab), lub – średnica komponentu inwazyjnego powyżej 10 mm lub obecność przerzutu lub przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych stwierdzone na podstawie badania pooperacyjnego – niezależnie od stosowanego systemowego leczenia przedoperacyjnego, albo b) nowotwór w stadium zaawansowania III, jeżeli możliwe jest leczenie chirurgiczne o założeniu doszczętnym po zastosowaniu wstępnego leczenia systemowego	**1. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) lub pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem** 1) Dawkowanie leku, modyfikacja dawki, techniczne zasady podawania leku i postępowanie w sytuacjach szczególnych – zgodnie z ChPL. 2) W programie lekowym trastuzumab podaje się: a) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami, b) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami w skojarzeniu z paklitakselem lub docetakselem, c) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem docetakselu i karboplatyny, d) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem paklitakselu w monoterapii, e) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej. Całość zaplanowanego leczenia cytostatykami powinna być podana przed operacją, a leczenie uzupełniające powinno być prowadzone wyłącznie trastuzumabem (w skojarzeniu z radioterapią lub hormonoterapią – jeżeli są wskazania do ich stosowania).	**1. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) lub pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem** **1.1. Wykaz badań przy kwalifikacji:** a) dostępny wynik badania immunohistochemicznego lub hybrydyzacji in situ (ISH) (ocena nadekspresji HER2, stopień ekspresji receptorów ER i PGR), b) morfologia krwi z rozmazem, c) poziom kreatyniny, d) poziom AlAT, e) poziom AspAT, f) stężenie bilirubiny, g) USG jamy brzusznej, h) RTG klatki piersiowej, i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej), j) mammografia lub USG piersi wraz z dołami pachowymi – u chorych leczonych przedoperacyjnie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie CT lub NMR piersi) w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian przed leczeniem, k) EKG,

albo

c) 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;

4) leczenie chirurgiczne lub jego zamiar o założeniu radykalnym polegające na:

a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii

lub

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).

Przedmiotowe kryterium kwalifikacji nie ma zastosowania w przypadku pacjentów kwalifikowanych na podstawie pkt 3 lit. c.

5) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej i badania ECHO (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu) z frakcją wyrzutową lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%;

6) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek;

7) brak cech klinicznie istotnej niewydolności wątroby (możliwość kwalifikowania chorych z umiarkowanym wzrostem aktywności transaminaz tj. do 3-krotnego wzrostu aktywności transaminaz w stosunku do wartości prawidłowych);

8) brak klinicznie istotnej niewydolności szpiku kostnego;

9) stan sprawności 0-1 wg WHO;

10) wykluczenie ciąży u kobiet w wieku przedmenopauzalnym.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Pooperacyjne podawanie trastuzumabu należy wznowić jak najszybciej po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym.

3) Rozpoczęcie leczenia jest możliwe podczas stosowania chemioterapii, radioterapii lub hormonoterapii.

4) Nie należy stosować trastuzumabu jednocześnie z antracyklinami.

5) Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa:

a) maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań (w tym w schemacie określonym w pkt 2 lit. d)

albo

b) do czasu wystąpienia progresji choroby

albo

c) do wystąpienia niepożądanych działań o istotnym znaczeniu klinicznym.

6) W uzasadnionych przypadkach możliwe jest ponowne podjęcie leczenia uzupełniającego trastuzumabem po przerwie trwającej dłużej iż 60 dni. Warunkiem podjęcia takiego leczenia jest wykluczenie sytuacji, w których przerwy spowodowane zostały wystąpieniem działań niepożądanych lub progresją choroby.

2. Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem

1) Dawkowanie leku, modyfikacja dawki, techniczne zasady podawania leku i postępowanie w sytuacjach szczególnych – zgodnie z ChPL.

2) W programie lekowym trastuzumab podaje się:

l) badanie ECHO,

m) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi istotnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego,

n) test ciążowy (u kobiet w wieku przedmenopauzalnym).

1.2. Monitorowanie leczenia:

1) Badania wykonywane nie rzadziej niż:

a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii

b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii:

– morfologia krwi z rozmazem (w przypadku stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie należy wykonać również przed każdym podaniem paklitakselu),

– poziom kreatyniny,

– poziom AlAT,

– poziom AspAT,

– stężenie bilirubiny,

2) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 6 tygodni:

a) USG piersi wraz z dołami pachowymi (u chorych leczonych przedoperacyjnie) w celu oceny odpowiedzi na leczenie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie CT lub NMR piersi – należy zastosować tę samą metodę co wyjściowo przed leczeniem). Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie.

3) Badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych

1.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:

1) rozpoznanie wyłącznie przedinwazyjnego raka piersi;

2) pierwotne zaawansowanie w stopniu IV;

3) niewydolność serca (klasa III lub IV według klasyfikacji NYHA);

4) niestabilność hemodynamiczna w przebiegu:

a) choroby wieńcowej,

b) zastawkowej wady serca,

c) nadciśnienia tętniczego,

d) innych sytuacji klinicznych (np. wieloletniej lub niekontrolowanej cukrzycy);

5) frakcja wyrzutowa lewej komory serca poniżej 50% wykazana w badaniu ECHO;

6) niewydolność oddechowa związana z innymi chorobami współistniejącymi;

7) okres ciąży i karmienia piersią;

8) przeciwwskazania do stosowania trastuzumabu wynikające z nadwrażliwości na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze;

9) stan sprawności 2-4 wg WHO;

10) współistnienie innych aktywnych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy lub podstawnokomórkowego raka 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. Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem albo lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną

2.1. Kryteria kwalifikacji:

1) histologiczne rozpoznanie raka piersi

a) w leczeniu skojarzonym z chemioterapią lub inhibitorem aromatazy

lub

b) w monoterapii.

3) Leczenie trastuzumabem trwa do czasu:

a) wystąpienia progresji choroby

lub

b) wystąpienia niepożądanych działań o istotnym znaczeniu klinicznym.

3. Leczenie uogólnionego raka piersi lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną

Dawkowanie lapatynibu i kapecytabiny zgodnie z ChPL.

4. Leczenie zaawansowanego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem

Dawkowanie pertuzumabu, trastuzumabu, docetakselu, kryteria i sposób modyfikowania dawkowania leków oraz zasady czasowego wstrzymania podawania, leków w programie zgodnie z ChPL pertuzumabu.

oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki):

a) EKG,

b) ECHO.

2. Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem lub lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną

2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji:

a) dostępny wynik badania immunohistochemicznego lub hybrydyzacji in situ (ISH) (ocena nadekspresji HER2, stopień ekspresji receptorów ER i PGR),

b) morfologia krwi z rozmazem,

c) poziom kreatyniny,

d) poziom AlAT,

e) poziom AspAT,

f) stężenie bilirubiny,

g) USG jamy brzusznej lub badanie tomografii komputerowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian),

h) RTG klatki piersiowej lub badanie tomografii komputerowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian),

i) scyntygrafia kośćca lub inne badanie obrazowe (w zależności od oceny klinicznej),

j) EKG,

k) badanie ECHO,

l) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi istotnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego,

a) z przerzutami (IV stopień zaawansowania) – dotyczy trastuzumabu i lapatynibu w skojarzeniu z kapecytabiną albo b) miejscowo zaawansowanego lub nawrotowego raka piersi, jeśli leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania – dotyczy wyłącznie trastuzumabu; 2) udokumentowana nadekspresja HER2 (wynik /3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH); 3) wcześniejsze leczenie: a) udokumentowane niepowodzenie leczenia z wykorzystaniem: – chemioterapii z użyciem antracyklin lub w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do zastosowania antracyklin leków z innej grupy – dla trastuzumabu stosowanego z lekiem o działaniu cytotoksycznym lub – co najmniej 2 linii chemioterapii z użyciem antracyklin i taksanów - dla trastuzumabu stosowanego w monoterapii albo b) brak wcześniejszej chemioterapii z powodu przerzutowego raka piersi – wyłącznie dla trastuzumabu w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy, albo c) udokumentowana progresja po leczeniu trastuzumabem – dla lapatynibu w skojarzeniu z kapecytabiną; 4) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej i badania ECHO (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu) z frakcją wyrzutową lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%; 5) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek;		m) test ciążowy (u kobiet w wieku przedmenopauzalnym). **2.2. Monitorowanie leczenia:** 1) Badania wykonywane nie rzadziej niż: a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii lub w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy: – morfologia krwi z rozmazem (w przypadku stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie należy wykonać również przed każdym podaniem cytostatyku), – poziom kreatyniny, – poziom AlAT, – poziom AspAT, – stężenie bilirubiny, 2) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące: a) USG jamy brzusznej lub badanie tomografii komputerowej w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian) b) RTG klatki piersiowej lub badanie tomografii komputerowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), c) scyntygrafia kośćca lub inne badanie obrazowe (w zależności od oceny klinicznej), Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie. 3) Badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych

6) brak cech klinicznie istotnej niewydolności wątroby (u chorych bez przerzutów do wątroby wzrost aktywności transaminaz nie może przekraczać 3-krotności górnej granicy normy); 7) brak cech klinicznie istotnej niewydolności szpiku kostnego; 8) nieobecność nasilonej duszności spoczynkowej związanej z zaawansowanym nowotworem; 9) stan sprawności 0-2 wg WHO; 10) wykluczenie ciąży u kobiet w wieku przedmenopauzalnym. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Nieuzasadnione jest włączenie do leczenia trastuzumabem jako jedynym lekiem anty-HER2, w ramach leczenia przerzutowego raka piersi świadczeniobiorców, u których zastosowano ten lek w leczeniu neoadjuwantowym lub adjuwantowym raka piersi. **2.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:** 1) niewydolność krążenia, niewydolność wieńcowa, niekontrolowane nadciśnienie tętnicze; 2) niewydolność oddechowa związana z innymi chorobami współistniejącymi; 3) okres ciąży i karmienia piersią; 4) przeciwwskazania do stosowania trastuzumabu wynikające z nadwrażliwości na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze; 5) stan sprawności 3-4 wg WHO; 6) współistnienie innych aktywnych nowotworów z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy lub podstawnokomórkowego raka skóry albo wcześniejsze zachorowanie na jakikolwiek nowotwór złośliwy, o ile leczenie nie miało charakteru radykalnego lub miało charakter radykalny, ale nie uzyskano całkowitej remisji;		oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki): a) EKG, b) ECHO. **3. Leczenie zaawansowanego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem** **3.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:** 1) badanie immunohistochemiczne i/lub metodą hybrydyzacji in situ receptorowego białka HER2 lub amplifikacji genu HER2); 2) morfologia krwi a rozmazem; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie aktywności ALAT; 5) oznaczenie aktywności AspAT; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej: 8) oznaczenie stężenia sodu; 9) oznaczenie stężenia potasu; 10) oznaczenie stężenia wapnia; 11) RTG lub KT klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian; 12) USG lub KT jamy brzusznej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian; 13) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny sytuacji klinicznej); u chorych a przerzutami do kości - RTG zajętych okolic lub RTG całego kośćca;

7) wcześniejsze stosowanie trastuzumabu w leczeniu neoadjuwantowym lub adjuwantowym – nie dotyczy leczenia lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną. **3. Leczenie zaawansowanego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem chorych z:** 1) uogólnionym lub 2) miejscowo zaawansowanym lub nawrotowym rakiem piersi jeśli leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania. **3.1. Kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzony histologicznie: a) rak piersi uogólniony lub b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi jeśli leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania; 2) nadekspresja receptorowego białka HER2 (wynik /3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ): 3) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej lub ocenialnej; 4) stan sprawności 0-1 według WHO; 5) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej badania ECHO (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu i pertuzumabu) z frakcją wyrzutu lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%; 6) brak przeciwwskazań (w tym dotyczących wyników badań laboratoryjnych) do zastosowania docetakselu **3.2. Określenie czasu leczenia w programie:**		14) EKG i ECHO serca, konsultacja kardiologiczna; 15) próba ciążowa (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę); 16) KT lub MRI mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne). **3.2. Monitorowanie leczenia** 1) Przed każdym kolejnym cyklem chemioterapii (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące w czasie wyłącznego stosowania pertuzumabu i trastuzumabu: a) morfologia krwi a rozmazem; b) oznaczenie stężenia kreatyniny; c) oznaczanie aktywności AlAT; d) oznaczenie aktywności AspAT; e) oznaczenie stężenia bilirubiny. f) oznaczenie stężenia sodu; g) oznaczenie stężenia potasu; h) oznaczenie stężenia wapnia. 2) Co 3 miesiące: a) EKG i ECHO; 3) Konsultacja kardiologiczna w zależności od wskazań klinicznych. 4) Co 3 miesiące lub w przypadku wskazań klinicznych (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej): a) USG lub KT jamy brzusznej, b) RTG lub KT klatki piersiowej. 5) Nie nadziej niż co 6 miesięcy:

Leczenie skojarzone pertuzumabem, trastuzumabem i docetakselem powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań o istotnym znaczeniu klinicznym. Chore powinny otrzymać przynajmniej 6 cykli docetakselu, wcześniejsze zakończenie chemioterapii jest możliwe tylko, gdy wystąpią istotne objawy niepożądane uniemożliwiające jej kontynuację. Jeżeli leczenie docetakselem zostanie przerwane z powodu toksyczności leczenie pertuzumabem i trastuzumabem może być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań istotnym znaczeniu klinicznym. **3.3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie:** 1) nadwrażliwość na trastuzumab, pertuzumab lub substancje pomocnicze 2) nasilona duszność spoczynkowa związana z zaawansowaniem nowotworu lub innymi chorobami; 3) niewydolność sercowo-naczyniowa i nadciśnienie tętnicze nie poddające się leczeniu farmakologicznemu; 4) stan sprawności 2-4 według WHO; 5) ciąża i karmienie piersią; 6) stosowanie w przeszłości z powodu uogólnionego raka piersi chemioterapii lub terapii przeciw-HER2; 7) przebyte leczenie uzupełniające trastuzumabem, jeżeli okres od zakończenia terapii trastuzumabem do nawrotu raka piersi jest krótszy niż 12 miesięcy; 8) obecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym potwierdzonych wynikami badania obrazowego wykonanego w sytuacji wystąpienia klinicznych wskazań; 9) inne poważne współistniejące choroby uniemożliwiające przeprowadzenie leczenia.		a) scyntygrafia kośćca (w odniesieniu do chorych z przerzutami do kości). **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 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.

4. Wyłączenie z programu: 1) Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) lub pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem: a) progresja choroby nowotworowej, b) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 wg WHO, c) istotna klinicznie i utrzymująca się toksyczność stopnia przynajmniej 3 wg WHO, d) pojawienie się objawów nadwrażliwości na trastuzumab, białko mysie, lub substancje pomocnicze; 2) Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem albo lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną: a) progresja choroby, b) utrzymujące pogorszenie się stanu sprawności do stopnia 3-4 wg WHO, c) istotna klinicznie i utrzymująca się toksyczność stopnia przynajmniej 3 wg WHO, zwłaszcza wystąpienie objawów zahamowania czynności szpiku lub objawów niewydolności krążenia, d) pojawienie się objawów nadwrażliwości na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze; 3) Leczenie zaawansowanego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem: a) toksyczność leczenia według klasyfikacji WHO ≥3 stopnia (poza toksycznością związaną z leczeniem docetakselem); b) utrzymujące pogorszenie się stanu sprawności do stopnia 3-4 wg WHO, c) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia; d) ciąża.		

Załącznik B.10.

LECZENIE RAKA NERKI (ICD-10 C 64)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1	2	3
1. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej sunitynib **1.1. 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) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki; 4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej); 5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych; 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; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;	**1. Sunitynib** 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. 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. 1.3. Jeżeli ciężkie objawy niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, to należy definitywnie zakończyć leczenie. 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.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia sunitynibem, sorafenibem, pazopanibem, aksytynibem, ewerolimusem, kabozantynibem i niwolumabem** 1) histologiczne potwierdzenie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym komponentem jasnokomórkowym; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenie stężenia mocznika (nie dotyczy kabozantynibu); 5) oznaczenia stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy kabozantynibu i niwolumabu); 10) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) (nie dotyczy ewerolimusu i temsyrolimusu); 11) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 12) oznaczenie białka w moczu – dla aksytynibu i kabozantynibu; 13) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej – dla niwolumabu; 14) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg) – dla niwolumabu;

9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center); 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry; 12) adekwatna wydolność narządowa 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: - liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$, - bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$, - poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl; 13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie; 14) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **1.3. Kryteria wyłączenia z programu**	1.5. Ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia. **2. Sorafenib** 2.1. Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg (2 razy dziennie po 2 tabletki zawierające 200 mg) bez przerw. 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). 2.3. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie. 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. 2.5. Ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia. **3. Pazopanib** 3.1. Zalecana dawka pazopanibu wynosi 800 mg doustnie raz na dobę 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.	15) oznaczenie przeciwciał anty HCV – dla niwolumabu; 16) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 17) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 18) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej; 19) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 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); 21) elektrokardiogram (EKG); 19) pomiar ciśnienia tętniczego; 22) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **2. Badania przy kwalifikacji do leczenia temsyrolimusem** 1) histologiczne potwierdzenia raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie liczby płytek krwi; 4) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej i alaninowej; 8) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) oznaczenie poziomu glukozy; 11) oznaczenie poziomu fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie poziomu cholesterolu; 13) oznaczenie poziomu trójglicerydów; 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;

1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sunitynib 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. **2. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej sorafenib** **2.1. Kryteria kwalifikacji** 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; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym); 3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej immunoterapii z zastosowaniem interferonu alfa lub udokumentowane przeciwwskazania do dalszego stosowania interferonu alfa; 4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej); 5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych; 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności	Dawka pazopanibu nie powinna być większa niż 800 mg 3.3. Zaleca się, aby pacjenci z łagodnymi nieprawidłowościami parametrów czynności wątroby byli leczeni na początku dawką 800 mg 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. **4. Aksytynib** 4.1. Zalecana początkowa dawka aksytynibu wynosi 5 mg dwa razy na dobę. 4.2. U pacjentów tolerujących początkową dawkę aksytynibu 5 mg dwa razy na dobę, u których przez dwa kolejne tygodnie nie wystąpiły działania niepożądane > 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 > 150/90 mmHg lub którzy otrzymują leczenie obniżające ciśnienie krwi. Następnie, stosując te same kryteria, u pacjentów tolerujących aksytynib w dawce 7 mg dwa razy na dobę, można zwiększyć dawkę do maksymalnej dawki 10 mg dwa razy na dobę. 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	15) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej; 16) badanie RTG klatki piersiowej, gdy zmiany w klatce piersiowej są możliwe do oceny tą metodą; 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). Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **3. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie liczby płytek krwi – dla temsyrolimusu; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy kabozantynibu i niwolumabu); 9) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 10) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) – dla aksytynibu, kabozantynibu i niwolumabu; 11) oznaczenie białka w moczu – dla aksytynibu i kabozantynibu; 12) oznaczenie poziomu cholesterolu i trójglicerydów – dla temsyrolimusu; 13) elektrokardiogram (EKG) – dla aksytynibu, temsyrolimusu i kabozantynibu. Badania wykonuje się: 1) co 6 tygodni - w przypadku leczenia sunitynibem; 2) co 4 tygodnie - w przypadku leczenia sorafenibem, aksytynibem, ewerolimusem, temsyrolimusem, kabozantynibem i niwolumabem;

potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej RTG lub MR; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center); 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry; 12) adekwatna wydolność narządowa 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: - liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$, - bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$, - poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl; 13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie; 14) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	aksytynibu do 3 mg dwa razy na dobę, a następnie do 2 mg dwa razy na dobę. 4.4. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie. 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. **5. Ewerolimus** 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. 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). 5.3. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie. 5.4. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 5 mg dziennie istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zakończyć leczenie. **6. Temsyrolimus**	3) w 5 i 9 tygodniu a następnie co cztery tygodnie w przypadku leczenia pazopanibem; 4) dodatkowo w 3 i 7 tygodniu w przypadku leczenia pazopanibem dla oznaczeń określonych w punktach 4, 6, 7. **4. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru; 2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT; 3) elektrokardiogram (EKG) - w przypadku sorafenibu, pazopanibu, aksytynibu, ewerolimusu i sunitynibu; 4) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni; 2) przed zakończeniem: a) co drugiego kursu leczenia - w przypadku sunitynibu, b) co trzeciego kursu leczenia - w przypadku sorafenibu, pazopanibu, aksytynibu i ewerolimusu; 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile 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 skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 9 pkt 1, powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.** **5. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej

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 z programu** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorefenib 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. **3. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej pazopanib** **3.1. 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) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem cytokin (udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej immunoterapii	6.1. Temsyrolimus powinien być podawany dożylnie w dawce 25 mg we wlewie trwającym 30-60 minut w odstępach 7-dniowych. 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. 6.3. Nie występuje konieczność modyfikowania dawki w zależności od płci lub wieku. **7. Kabozantynib** 7.1 Dawkowanie kabozantynibu oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) - zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. **8. Niwolumab** 8.1. Dawkowanie, sposób podawania oraz modyfikacja leczenia - zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 8.2. Przerwę w podawaniu niwolumabu należy zastosować m.in. kiedy wystąpi następująca toksyczność pochodzenia immunologicznego (stopnie toksyczności zgodnie z NCI-CTCAE v4): 1) zapalenie płuc stopnia 2.; 2) biegunka lub zapalenie jelita grubego stopnia 2. lub 3.; 3) zapalenie wątroby - zwiększenie aktywności AspAT, AlAT lub zapalenie nerek, lub zaburzenia czynności nerek – zwiększenie stężenia kreatyniny stopnia 2. lub 3.: wzrost	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. 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.

z zastosowaniem interferonu-α (IFN-α) lub przeciwwskazania do dalszego stosowania IFN-α) 4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej); 5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych; 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; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center); 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry; 12) adekwatna wydolność narządowa 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) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: - liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$, - bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$, - poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;	stężenia kreatyniny więcej niż 1,5-krotnie, ale nie więcej niż 6-krotnie w stosunku do górnej granicy normy; 4) endokrynopatie pochodzenia immunologicznego: objawowa niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, niedoczynność przysadki stopnia 2. lub 3. , niewydolność kory nadnerczy stopnia 2., cukrzyca stopnia 3.; 5) wysypka stopnia 3. Podawanie niwolumabu można wznowić po uzyskaniu poprawy i zredukowaniu dobowej dawki kortykosteroidów do dawki ≤ 10 mg prednizonu lub równoważnej dawki innego leku steroidowego, o ile ich podawanie było konieczne. 8.3. Przerwa w leczeniu niwolumabem nie może przekraczać 3 miesięcy.	

13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie; 14) nieobecność chorób układu sercowo-naczyniowego, które nie mogą być opanowane przy użyciu dostępnych metod leczenia. Kryteria włączenia muszą być spełnione łącznie. **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. **3.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na pazopanib 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, niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia oraz wystąpienia objawów toksyczności ze strony wątroby ≥ 3 stopnia; 6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku. **4. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej aksytynib** **4.1. Kryteria kwalifikacji:** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 50% 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, pazopanib - w I linii leczenia) stosowanych jako leczenie poprzedzające lub po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia cytokiną; 4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej); 5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych; 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; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center); 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego; 12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: a) wyniki badań czynności wątroby: - stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górną granicę normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta), - aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górną granicę normy, b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górną granicę normy, c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: - liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,		

- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/mm^3, - poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl; 13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **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 (radykalnej lub oszczędzającej); 5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych; 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; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów); 8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center); 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry; 12) wykluczenie czynnych zakażeń miejscowych lub ogólnoustrojowych; 13) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego; 14) adekwatna wydolność narządowa 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: - liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$, - bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$, - poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl; 15) prawidłowe stężenie glukozy we krwi; 16) niestosowanie leków z grupy silnych i umiarkowanych inhibitorów CYP3A4 (w szczególności ketokonazol, itrakonazol, worikonazol, klarytromycyna, telitromycyna, erytromycyna, werapamil, flukonazol, diltiazem, cyklosporyna). 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 ewerolimus 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 zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: a) wyniki badań czynności wątroby: - 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),		

- stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta), b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, c) wyniki badań morfologii krwi z rozmazem: - liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm^3, - bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/mm^3, - poziom hemoglobiny większy lub równy 8 mg/dl; 9) poziom cholesterolu, badanego na czczo, nie wyższy niż 350 mg/dl (9,1 mmol na litr); 10) poziom trójglicerydów badanych na czczo nie wyższy niż 400 mg/dl (4,5 mmol na litr); 11) potwierdzona obecność przynajmniej 3 z 6 poniżej wymienionych czynników ryzyka: - aktywność dehydrogenazy mleczanowej przekraczająca ponad 1,5-krotnie górną granicę normy, - stężenie hemoglobiny poniżej dolnej granicy normy, - stężenie skorygowane wapnia w surowicy > 10 mg/dl (2,5 mmol/l), - krótszy niż 12 miesięcy czas od ustalenia rozpoznania do chwili włączenia do leczenia, - stopień sprawności według skali Karnofsky'go poniżej 80 (60 lub 70), - potwierdzenie obecności przerzutów w więcej niż jednym narządzie; 12) nieobecne przerzuty w OUN lub sytuacje po leczeniu chirurgicznym lub/i radioterapii (chorzy po wcześniejszym leczeniu z powodu przerzutów w OUN 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 śródbłonka naczyniowego (VEGF); 5) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej); 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; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; 9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center); 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego; 12) zadowalająca 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 transaminaz (alaninowej i asparaginianowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy, b) klirens kreatyniny ≥30 ml/min., c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: - liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$, - bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,		

- poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl; 13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie; 14) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni kabozantynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod 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); 4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej 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 (steroidy 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 ≥ 30ml/min, c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: - liczba płytek krwi ≥ $10^5/mm^3$, - liczba leukocytów ≥ $2000/mm^3$, - bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥ $1500/mm^3$, - stężenie hemoglobiny ≥ 9,5 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.		

Załącznik B.12.

LECZENIE CHŁONIAKÓW ZŁOŚLIWYCH (ICD-10 C 82, C 83)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) potwierdzony histologicznie chłoniak złośliwy typu grudkowego w III lub IV stopniu zaawansowania lub 2) potwierdzony histologicznie chłoniak nieziarniczy rozlany z dużych komórek B, z udokumentowaną w badaniu obecnością antygenu CD20 na powierzchni komórek chłoniaka oraz 3) wiek powyżej 18 roku życia; 4) stan ogólny według WHO 0 - 2; 5) wyrównana niewydolność krążenia lub niewydolność wieńcowa (jeżeli występują); 6) dobrze kontrolowane nadciśnienie tętnicze (jeżeli występuje). **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na rytuksymab, którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie; 2) toksyczność według WHO powyżej 3; 3) stan sprawności według WHO 3 - 4; 4) brak skuteczności leku po 2 cyklach stosowania;	**1. Dawkowanie** **1) Chłoniak złośliwy typu grudkowego w III lub IV stopniu zaawansowania - leczenie indukcyjne** Rytuksymab podawany jest w skojarzeniu z chemioterapią co 21 dni. **Pierwszy cykl leczenia** Rytuksymab podawany jest w dawce 375 mg/m^2 pow. ciała w postaci wlewu dożylnego. **Kolejne cykle leczenia** Rytuksymab podawany jest w dawce 375 mg/m^2 pow. ciała w postaci wlewu dożylnego albo w postaci roztworu do wstrzykiwań podskórnych w stałej dawce 1400 mg/cykl . **Leczenie indukcyjne obejmuje nie więcej niż 8 podań**. **2) Chłoniak złośliwy typu grudkowego w III lub IV stopniu zaawansowania - leczenie podtrzymujące** a) u pacjentów, u których uzyskano odpowiedź na leczenie indukcyjne po zastosowaniu chemioterapii bez lub z rytuksymabem dawka wynosi 375mg/m^2 powierzchni ciała raz na 2 miesiące w przypadku rytuksymabu podawanego dożylnie albo 1400mg/cykl raz na 2 miesiące w przypadku rytuksymabu podawanego podskórnie; terapię	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) dehydrogenaza mleczanowa w surowicy; 3) gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP); 4) fosfataza zasadowa (AP); 5) transaminazy (AspAT, AlAT); 6) stężenie bilirubiny całkowitej; 7) poziom kwasu moczowego; 8) stężenie kreatyniny; 9) stężenie wapnia w surowicy; 10) stężenie fosforu w surowicy; 11) proteinogram; 12) pobranie węzła chłonnego bądź wycinka zmienionej tkanki metodą biopsji chirurgicznej; 13) badanie histologiczne wycinka; 14) badanie na obecność antygenu CD20 na powierzchni komórek chłoniaka; 15) radiografia klatki piersiowej; 16) RTG przewodu, pokarmowego (w przypadku objawów klinicznych); 17) tomografia komputerowa głowy; 18) tomografia komputerowa klatki piersiowej i szyi; 19) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy; 20) MR (diagnostyka zmian w kanale kręgowym, głowie i tkankach miękkich);

5) progresja lub nawrót choroby w okresie 6 miesięcy przy leczeniu rytuksymabem; 6) niewydolność serca w IV klasie według NYHA; 7) czynne ciężkie zakażenie; 8) ciąża.	prowadzi się do czasu progresji choroby lub przez maksymalnie okres dwóch lat, b) u pacjentów w fazie nawrotu choroby lub w przypadku oporności na leczenie, u których uzyskano odpowiedź na leczenie indukcyjne po zastosowaniu chemioterapii bez lub z rytuksymabem dawka wynosi 375 mg/m^2 powierzchni ciała raz na 3 miesiące w przypadku rytuksymabu podawanego dożylnie albo 1400mg/cykl raz na 3 miesiące w przypadku rytuksymabu podawanego podskórnie; terapię prowadzi się do czasu progresji choroby lub przez maksymalnie okres dwóch lat. **3) Chłoniak nieziarniczy rozlany z dużych komórek B** U pacjentów z rozpoznaniem chłoniaka rozlanego z dużych komórek B rytuksymab podawany jest w skojarzeniu ze schematem CHOP co 21 dni. **Pierwszy cykl leczenia** Rytuksymab podawany jest w dawce 375 mg/m^2 pow. ciała w postaci wlewu dożylnego. **Kolejne cykle leczenia** Rytuksymab podawany jest w dawce 375 mg/m^2 pow. ciała w postaci wlewu dożylnego albo w postaci roztworu do wstrzykiwań podskórnych w stałej dawce 1400 mg/cykl . **Leczenie obejmuje nie więcej niż 8 podań.**	21) USG w diagnostyce ewentualnych zmian jamy brzusznej, tkanek miękkich, tarczycy, jąder i serca; 22) endosonografia (EUS) w diagnostyce chłoniaków żołądka; 23) testy w kierunku HbsAg i HbcAb. Badania stosownie do wskazań lekarskich podczas diagnostyki chłoniaka w danej lokalizacji. **2. Monitorowanie leczenia** Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) poziom kreatyniny; 3) poziom kwasu moczowego; 4) poziom aktywności aminotransferaz; 5) fosfataza alkaliczna; 6) bilirubina; 7) EKG (jedynie u chorych z chłoniakiem rozlanym). Badanie przeprowadzane po 3 lub 4 cyklu leczenia oraz po 8 cyklach (odpowiednio do ilości cykli w zastosowanym schemacie leczenia): 1) TK lub rezonans magnetyczny zmiany mierzalnej; 2) 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.

Załącznik B.14.

LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ (ICD-10 C 92.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej dazatynibem **1.1. 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 i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem: a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315l, b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem, c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS w 6 miesiącu leczenia imatynibem d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL > 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatynibem, e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL>0,1% IS, f) ze stwierdzoną progresją choroby, g) nietolerujący imatinibu;	**1. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej dazatynibem** Zalecana dawka początkowa dazatynibu w przewlekłej fazie PBSz wynosi 100 mg raz na dobę, podawane doustnie. 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). 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. **2. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem** Zaleca się podawanie dawki 800 mg nilotynibu na dobę, podawanej w dwóch dawkach po 400 mg co około 12 godzin.	**1. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej dazatynibem** **1.1. Badania przy kwalifikacji** a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina, e) fosfataza alkaliczna granulocytów, f) badania ogólne moczu, g) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL, h) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie), i) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie), j) USG wątroby i śledziony. **1.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej dazatynibem** Co dwa tygodnie - przez 12 tygodni, a następnie co 3 miesiące lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi: 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

5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni nilotynibem nietolerujący nilotynibu lub z niepowodzeniem leczenia nilotynibem 6) świadczeniobiorcy w fazie kryzy blastycznej, którzy wcześniej nie otrzymywali dazatynibu, nietolerujący lub nieodpowiadający na imatynib. W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne. **1.2 Kryteria wyłączenia** 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na dazatynib; 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%	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. **3. Leczenie przewlekłej białaczki bosutynibem** 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: • nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi hematologicznej do tygodnia 8; • nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej do tygodnia 12. 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.	BCR-ABL<1% IS, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni. **2. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem** **2.1 Badania przy kwalifikacji** a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina, e) fosfataza alkaliczna granulocytów, f) badania ogólne moczu, g) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL, h) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie), i) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie), j) USG wątroby i śledziony. **2.2 Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem** 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, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni. **3. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej bosutynibem** **3.1. Badania przy kwalifikacji**

odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorców z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym. 8) toksyczność hematologiczna lub pozahematologiczna w stopniu 3 lub 4 - która przejawia się pomimo przerw w leczeniu. **1.3 Określenie czasu leczenia dazatynibem 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. **2. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem** **2.1. 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 i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem: a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315l, b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem, c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS w 6 miesiącu leczenia imatynibem d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL > 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatynibem,		a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty), b) AspAT, AlAT, c) kreatynina, d) bilirubina, e) badanie EKG, f) badanie cytogenetyczne szpiku, g) badanie cytologiczne szpiku, h) badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL, i) badanie przesiewowe w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu B. **3.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej 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 EKG co 90 dni lub częściej w przypadkach uzasadnionych klinicznie. Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej CCyR lub BCR-ABL <1% [IS]*(MR^2), a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni * **4. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego

e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL>0,1% IS, f) ze stwierdzoną progresją choroby, g) nietolerujący imatinibu, 5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni dazatynibem nietolerujący dazatynibu lub z niepowodzeniem leczenia dazatynibem. W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne. **2.2 Kryteria wyłączenia** 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na nilotynib; 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		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.

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. **3. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej bosutynibem** **3.1. 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 lub akceleracji dotychczas leczeni 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 >10% [IS]* (MR^1) w 6 miesiącu leczenia imatynibem d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >1% [IS]*(MR^2) po 12 miesiącach leczenia imatynibem, e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną, cytogenetyczną lub większą		

odpowiedź molekularną - BCR-ABL >0,1% [IS]* (MR^3) 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 nietolerancja na nilotynib lub dazatynib (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 (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^2)		

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. Bosutynib należy stosować po rozpoznaniu oporności lub nietolerancji imatynibu w ramach drugiej i trzeciej linii leczenia. W ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż 2 inhibitorów kinazy tyrozynowej drugiej generacji		

*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

Załącznik B.15.

ZAPOBIEGANIE KRWAWIENIOM U DZIECI Z HEMOFILIĄ A I B (ICD-10 D 66, D 67)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
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. **1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień** **1. 1.** 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. Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty osoczopochodnych (ludzkich) czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII pierwszej generacji. **1.2.** Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych dzieci z ciężką postacią hemofilii A i B, wcześniej nie leczonych czynnikami osoczopochodnymi (ludzkimi). Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty rekombinowanych	**1. Pierwotna profilaktyka krwawień:** 1) czynnik VIII: a) dzieci do ukończenia 2 roku życia – 25- 40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 1-3 razy w tygodniu, b) dzieci powyżej 2 roku życia – 25-40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 2- 3 razy w tygodniu, z zastrzeżeniem, że podawanie 2 razy w tygodniu dotyczy dzieci dotychczas leczonych 2 razy w tygodniu z dobrym efektem; 2) czynnik IX osoczopochodny: 25-50 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 1-2 razy w tygodniu, z zastrzeżeniem, że podawanie 1 raz w tygodniu dotyczy dzieci dotychczas leczonych z dobrym efektem. 3) czynnik IX rekombinowany: 30-60 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 1-2 razy w tygodniu, z zastrzeżeniem, że podawanie 1 raz w tygodniu dotyczy dzieci dotychczas leczonych z dobrym efektem. **2. Wtórna profilaktyka krwawień:** 1) czynnik VIII: a) dzieci do ukończenia 2 roku życia – 25- 40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 2-3 razy w tygodniu, b) dzieci powyżej 2 roku życia – 25-40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 3 razy w tygodniu; 2) czynnik IX:	**1.** W ramach kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w programie, na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii, wykonuje się następujące badania: 1) badania przesiewowe: a) czas krwawienia (metodą Copley'a), b) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT), c) czas protrombinowy (PT), d) czas trombinowy (TT); 2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym; 3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII; 4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAg); 5) ocena miana inhibitora czynnika VIII i IX u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen); 6) wykonanie badań wirusologicznych (w tym HCV PCR, HBV PCR); 7) morfologia krwi. 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 leczenia w programie

czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX, minimum drugiej generacji. **1.3.** 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. – czynniki osoczopochodne (ludzkie), oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII pierwszej generacji; 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – czynniki rekombinowane minimum drugiej generacji. **2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień** **2.1.** Wtórna profilaktyka krwawień jest prowadzona u dzieci od 1 dnia życia do ukończenia 18 roku życia, chorych na hemofilię A lub B, po wystąpieniu wylewów do stawów. Substancja czynna finansowana w ramach wtórnej profilaktyki krwawień – koncentraty osoczopochodnych (ludzkich) czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX, oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII pierwszej generacji. **2.2.** Zapewnienie koncentratów osoczopochodnych (ludzkich) czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego, oraz koncentratów rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII pierwszej generacji. **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	25-50 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 2 razy w tygodniu. **3. U dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego**, zapewnienie czynnika VIII lub IX do zabiegu, według schematu: 1) pierwsza doba: 40 do 70 jednostek międzynarodowych/kg m.c., co 8 godzin; 2) od drugiej do piątej doby: 30 do 50 jednostek międzynarodowych/ kg m.c., co 12 godzin; 3) szósta doba jednorazowo: 30 do 50 jednostek międzynarodowych/kg m.c.; 4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 jednostek międzynarodowych/kg m.c. Dawkowanie czynnika IX rekombinowanego: 30 do 60 jednostek międzynarodowych/kg m.c. 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.	zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B. Regionalne centra leczenia hemofilii są zobligowane do zapewnienia do nich dostępu. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** Ocena skuteczności leczenia W zależności od oceny klinicznej należy wykonać: 1) RTG stawów - nie częściej niż raz w roku; 2) USG stawów - nie rzadziej niż raz w roku; 3) NMR - w razie trudności diagnostycznych w ocenie stawów. **2.2.** W ramach monitorowania leczenia obowiązkowe jest prowadzenie rejestru krwawień dla danego pacjenta oraz rejestracja danych wymaganych w programie do prowadzenia rejestru dla każdego pacjenta. Badania w monitorowaniu leczenia: 1) aminotransferaza alaninowa (AlAT) co najmniej raz w roku; 2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT) co najmniej raz w roku; 3) obecność przeciwciał anty-HBs; 4) obecność antygenu HBs (w przypadku braku miana zabezpieczającego przeciwciał anty-HBS), u dodatnich przeciwciała anty-HBc i anty HBe, DNA HBV; 5) przeciwciała anty-HCV (raz w roku), u dodatnich RNA HCV; 6) przeciwciała anty-HIV (w uzasadnionych przypadkach), u dodatnich RNA HIV; 7) USG naczyń w okolicy dojścia żylnego, nie rzadziej niż raz w roku; 8) badanie ogólne moczu.

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. 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 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; 2) pacjenci uprzednio zakwalifikowani do programu, jednak stwierdzenie obecności inhibitora dotyczy okresu prowadzonej profilaktyki, która miała miejsce po dniu 15 stycznia 2010 r. **4. Kryteria wyłączenia** 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). **5. Kryteria zakończenia udziału w programie lub module programu** (dotyczy przyczyn, z powodu których udział pacjenta - uprzednio zakwalifikowanego - w przedmiotowym programie musi zostać zakończony): 1) stwierdzenie obecności nowo powstałego inhibitora (powyżej 5 B.U.) lub utrzymywanie się inhibitora		**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). **2.4.** Oznaczanie inhibitora: 1) do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdych 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 oznaczania inhibitora na podstawie decyzji lekarza regionalnego centrum leczenia hemofilii). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów

w mianie niższym lub równym 5 B.U. przez ponad 6 miesięcy; 2) ukończenie 18 roku życia. **6. Określenie czasu leczenia w programie** 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.		Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnienie przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący 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.

Załącznik B.17.

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**
1. Kryteria kwalifikacji 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. 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia** Ciężkie uogólnione reakcje nadwrażliwości	**1. Dawkowanie** **1.1** Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,6-0,8 g/kg m.c. we wlewie iv. w celu znormalizowania poziomu stężenia IgG w surowicy (dawka może być podzielona na dwa wlewy w odstępie 24 godzin). **1.2** 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	**1. Badania przy kwalifikacji** 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. **2.Monitorowanie leczenia** **2.1** Immunoglobuliny dożylne Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem leku zgodnie z harmonogramem dawkowania:

na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu. Towarzyszący niedoborowi IgG niedobór IgA z występowaniem przeciwciał przeciwko IgA wymaga leczenia w ośrodku z oddziałem intensywnej terapii.	następuje 1 raz na 7 – 14 dni. Sumaryczna miesięczna dawka odpowiada dawkom preparatów dożylnych. 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. Oba składniki podaje się w określonej kolejności: najpierw hialuronidazę, a następnie przez tę samą igłę 10% preparat immunoglobulin. 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. W przypadku pacjentów leczonych aktualnie immunoglobuliną podawaną podskórnie, 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. Pacjenci dotychczas nieleczeni bądź leczeni preparatami do podawania dożylnego, wymagają szkolenia w warunkach szpitalnych: 1) Pacjent odbywa cztery do sześciu wizyt w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG 2) Wizyty pierwsza i/lub druga: SCIg podaje personel medyczny 3) Wizyty trzecia i/lub czwarta: SCIg podaje pacjent lub opiekun prawny pacjenta przy pomocy/ nadzorze personelu medycznego 4) Wizyty piąta i szósta (opcjonalnie): SCIg administruje samodzielnie pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta pod	a) morfologia krwi z rozmazem, b) AlAT, c) AspAT, d) poziom IgG w surowicy. 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. W przypadku wskazań dodatkowo: a) IgA w surowicy krwi, b) IgM w surowicy krwi. Raz na 6 miesięcy: - USG jamy brzusznej. 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. **2.2** Immunoglobuliny podskórne 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) AlAT, d) AspAT. Raz na 6 miesięcy: - USG jamy brzusznej. Raz na rok: - badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV). O zestawie badań w trakcie monitorowania leczenia

	nadzorem personelu medycznego 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 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 7) Preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy	w ramach programu lekowego decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej.

Załącznik B.18.

LECZENIE PRZEDWCZESNEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO U DZIECI (ICD-10 E 22.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 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; 2) wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wieku kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu. **3. Kryteria wyłączenia** 1) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego; 2) stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat; 3) zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm na rok).	**1. Dawkowanie leuproreliny** 1. 1 Dawka początkowa ustalana jest w zależności od masy ciała dziecka: 1) masa ciała ≤ 25 kg, dawka 3,75 mg x 2, liczba wstrzyknięć 1, dawka całkowita 7,5 mg; 2) masa ciała większa niż 25 do 37,5 kg, dawka 3,75 mg x 3, liczba wstrzyknięć 2, dawka całkowita 11,25 mg; 3) masa ciała większa niż 37,5 kg, dawka 3,75 mg x 4, liczba wstrzyknięć 2, dawka całkowita 15 mg. Lek podawany jest co 4 tygodnie podskórnie lub domięśniowo. 1.2 Dawka podtrzymująca Jeśli nie osiągnięto zahamowania wydzielania hormonów, dawkę leku należy stopniowo zwiększać o 3,75 mg, co 4 tygodnie. Każdorazowo należy zmienić miejsce wstrzyknięcia (skóra brzucha, pośladki, udo). **2. Dawkowanie triptoreliny** 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	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stężenie β-gonadotropiny kosmówkowej (β-HCG); 2) stężenie estradiolu; 3) stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu; 4) stężenie 17-hydroksyprogesteronu; 5) stężenie testosteronu; 6) test stymulacji wydzielania LH i FSH; 7) stężenie luteotropiny; 8) stężenie folikulotropiny; 9) stężenie prolaktyny; 10) profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb); 11) badanie RTG lewej dłoni i nadgarstka w celu oceny wieku kostnego; 12) USG miednicy małej i nadnerczy; 13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego; 14) pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka; 15) należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego według skali Tannera-Marschalla. **2. Monitorowanie leczenia** Po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia lub po zmianie

	przekraczającej 20 kg zazwyczaj podaje się zawartość 1 ampułki 3,75 mg co 28 dni.	dawkowania: 1) LH; 2) FSH; 3) ocenić występowanie cech płciowych według kryteriów Tannera-Marschalla. Co 12 miesięcy należy wykonać RTG śródręcza, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego. **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.

Załącznik B.19.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z SOMATOTROPINOWĄ NIEDOCZYNNOŚCIĄ PRZYSADKI (ICD-10 E 23)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
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. **1.Kryteria kwalifikacji** 1) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 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; 3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 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); 6) obniżony wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,1 - 0,33mg (0,3 - 1,0 IU)/kg m.c. /tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stężenie IGF-1; 2) stężenie witaminy 25OH wit. D lub wit. $1,25(OH)_2D_3$; 3) stężenie Ca całkowitego i Ca^{2+} we krwi; 4) stężenie fosforanów we krwi; 5) stężenie fosforanów w moczu; 6) stężenie wapnia w moczu. Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1. **2.2 Co 90 dni** 1) próba zagęszczenia moczu z ewentualną korektą dawki hormonu antydiuretycznego (dotyczy niektórych świadczeniobiorców z WNP - najczęściej po zabiegach neurochirurgicznych z moczówką prostą); 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 świadczeniobiorców z opóźnionym lub przedwczesnym pokwitaniem). **2.2 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi z pomiarem odsetka

dwóch, niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu (z uwagi na ryzyko powikłań testy te można wykonywać jedynie u dzieci powyżej 2 roku życia); 7) nawracające stany hipoglikemii w okresie noworodkowym lub niemowlęcym, szczególnie u dzieci z wadami linii pośrodkowej twarzoczaszki; 8) nieprawidłowości okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem, MRI). **2. Określenie czasu leczenia w programie** 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. **3. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) złuszczenia głowy kości udowej; 2) pseudo-tumor cerebri; 3) cukrzyca; 4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej; 5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia; 6) niezadowalający 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); 7) osiągnięcie wieku kostnego: a) powyżej 16 lat przez dziewczynkę, b) powyżej 18 lat przez chłopca.		glikowanej hemoglobiny A_{1C} lub co 365 dni: 2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii. **2.3 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia TSH; 2) pomiar stężenia IGF-1; 3) pomiar stężenia fT_4; 4) w zależności od potrzeb: a) stężenie witaminy 25OH wit. D lub wit. $1,25(OH)_2D_3$; b) jonogram w surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na^+ , fosforanów oraz Ca całkowitego i Ca^{2+}); c) stężenie fosforanów w moczu; d) stężenie wapnia w moczu. **2.4 Co 365 dni** 1) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 2) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej: a) konsultacja ortopedyczna, b) RTG lub USG stawów biodrowych, c) poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; 3) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna, b) konsultacja neurologiczna, c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego TK z kontrastem lub MRI; 4) w przypadku podejrzenia lub wznowy choroby rozrostowej lub innych poważnych powikłań: a) konsultacja okulistyczna, b) konsultacja neurologiczna, c) konsultacja neurochirurgiczna, d) morfologia krwi z rozmazem,

		e) TK z kontrastem lub MRI OUN, f) inne konsultacje i badania w zależności od potrzeb; **2.5 Badania po zakończeniu terapii hormonem wzrostu** 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). Badania są wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP). **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.

Załącznik B.20.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z CIĘŻKIM PIERWOTNYM NIEDOBOREM IGF-1 (ICD-10 E 34.3)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW
W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE
W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>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.

1.Kryteria kwalifikacji
1) skrajna niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej -3 SD w odniesieniu do płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;
2) stężenie IGF-1 poniżej -2,5 SDS w odniesieniu do płci i wieku;
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);
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.);
5) rozpoznanie ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 potwierdzone testem generacji somatomedyn;
6) w przypadkach wątpliwych badania molekularne w kierunku rozpoznania mutacji w obrębie receptora hormonu</td>
<td>1. Dawkowanie
Mecaserminum podawane jest w dawce 0,04 - 0,12 mg/kg masy ciała dwa razy na dobę.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) pomiar stężenia IGF-1;
2) pomiar stężenia $IGFBP_{3;}$
3) pomiar stężenia glukozy we krwi;
4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;
5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1c;}$
6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia $fT_{4;}$
7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+);
8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;
9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;
10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb);
11) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);
12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).

2. Monitorowanie leczenia
2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia
1) pomiar stężenia IGF-1;
2) pomiar stężenia $IGFBP_3$;
3) pomiar stężenia glukozy we krwi;
4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii</td>
</tr>
</table>

wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 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. **3. Kryteria wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1** 1) nawracające, zagrażające życiu stany hipoglikemii; 2) złuszczenia głowy kości udowej; 3) pseudo-tumor cerebri; 4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej; 5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia; 6) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 < 3 cm/rok; 7) osiągnięcie wieku kostnego: a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę, b) powyżej 16 lat przez chłopca.		lub 5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1c.}$ **2.2 Co 90 dni** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi. **2.3 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia TSH; 2) pomiar stężenia fT4; 3) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+); 4) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA1c. lub co 365 dni 5) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii **2.5 Co 365 dni** 1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem; 2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego; 3) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb. **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, 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.

Załącznik B.21.

LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII (ICD-10 E 72.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. **1. Kryteria kwalifikacji** 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): 1) wysoki poziom homocysteiny we krwi, tj. > 50 µmol/l, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. < 5 lub > 40 µmol/l, po wykluczeniu niedoboru witaminy B_{12} i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy B_{12} lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów; 2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą B_6 (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	**1. Dawkowanie** 1.1 Zalecana dawka dobowa betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g. Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g. W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę. 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.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B_{12} i kwasu foliowego we krwi; 5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego; 6) profil acylokarnityn metodą MS/MS; 7) MRI OUN; 8) konsultacja neurologiczna; 9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia); 11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przebył lansektomii). **2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:** 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B_{12}, kwasu foliowego, witaminy $250HD_3$ we krwi; 5) poziom Ca, PO_4^{3-}, fosfatazy alkalicznej we krwi; 6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 7) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);

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_6; 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 Ultrarzadkich 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 B6 - pacjenci z tym typem homocystynurii witaminoB6-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 Ultrarzadkich, 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 Ultrarzadkich 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.

Załącznik B.22.

LECZENIE CHOROBY POMPEGO (ICD-10 E 74.0)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.

1. Kryteria kwalifikacji
Klasyczna postać (wczesna, typ niemowlęcy) oraz nieklasyczna postać (późna, late-onset) choroby Pompego, zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego deficytu aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach skóry, potwierdzona badaniem molekularnym.

2. Określenie czasu leczenia w programie
Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia
1) ciąża lub laktacja;
2) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do</td>
<td>1. Dawkowanie
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.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1.1 Postać klasyczna choroby
1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;
2) ocena miana CRIM (cross-reactive immunological material) – wynik badania nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, ale jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz w rejestrze SMPT niezwłocznie po jego uzyskaniu;
3) morfologia krwi z rozmazem;
4) układ krzepnięcia (INR, APTT);
5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;
6) aktywność CK, CK-MB;
7) gazometria;
8) USG jamy brzusznej z oceaną wątroby;
9) pomiary antropometryczne;
10) ciśnienie tętnicze krwi;
11) EKG;
12) USG serca;
13) RTG klatki piersiowej;
14) konsultacja pulmonologiczna;
15) konsultacja neurologiczna;
16) konsultacja kardiologiczna.</td>
</tr>
</table>

leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 3) znaczna progresja choroby, pojawiająca się pomimo leczenia.		**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); 20) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru); 21) konsultacja kardiologiczna; 22) konsultacja psychologiczna;

		23) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 24) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Co 180 dni** (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); **2.1.1. Postać klasyczna choroby** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 3) stężenie CK, CK-MB; 4) gazometria; 5) układ krzepnięcia (INR, APTT); 6) ocena masy i długości ciała; 7) ciśnienie tętnicze krwi; 8) EKG; 9) USG serca; 10) USG jamy brzusznej; 11) RTG klatki piersiowej; 12) konsultacja neurologiczna; 13) konsultacja kardiologiczna; 14) konsultacja pulmonologiczna. **2.1.2. Postać nieklasyczna choroby** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;

		3) stężenie CK, CK-MB; 4) saturacja krwi; 5) gazometria; 6) badanie spirometryczne (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 7) pomiary antropometryczne; 8) ciśnienie tętnicze krwi; 9) EKG; 10) USG serca 11) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 12) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru); 13) konsultacja kardiologiczna. **2.2. Co 365 dni** **2.2.1. Postać klasyczna choroby** 1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny). **2.2.2. Postać nieklasyczna choroby** 1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny); 2) konsultacja ortopedyczna (opcjonalnie RTG odcinka piersiowego lub lędźwiowego kręgosłupa); 3) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel; 4) konsultacja pulmonologiczna; 5) RTG klatki piersiowej; 6) konsultacja laryngologiczna (w tym audiologia).

		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.

Załącznik B.23

LECZENIE CHOROBY GAUCHER'A (ICD-10 E 75.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) brak lub znaczny niedobór aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzony badaniem molekularnym. Refundowane jest leczenie świadczeniobiorców z typem I choroby oraz z typem III choroby. Nie jest refundowane leczenie świadczeniobiorców z asymptomatyczną (bezobjawową) postacią choroby Gauchera. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	**1. Dawkowanie** Dawka imiglucerazy zależy od ciężkości objawów i wynosi 15-60 U/kg m.c. podawanych co 14 ±3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych. W przypadku braku efektywności zastosowanej dawki po 6 mies. terapii dawkę imiglucerazy można zwiększyć do maksymalnej dawki, t.j. do 60 U/kg m.c. podawanych co 14 ±3 dni (przed zwiększeniem dawki należy oznaczyć miano przeciwciał przeciw imiglucerazie). W przypadku zwiększenia dawki leku do 60 U/kg m.c., przy braku skuteczności leczenia, w takiej, maksymalnej dawce po 6 miesiącach terapii, lek należy odstawić, ponieważ wskazuje to, iż leczenie jest nieefektywne.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stwierdzenie braku lub znacznego niedoboru aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone wynikiem badania molekularnego; 2) morfologia krwi pełna z rozmazem; 3) układ krzepnięcia: APTT, INR; 4) próby wątrobowe: AlAT, AspAT; 5) aktywność fosfatazy alkalicznej; 6) stężenia witaminy D i B12; 7) chitotriozydaza; 8) USG jamy brzusznej, z określeniem wielkości wątroby śledziony; 9) pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała); 10) badanie densytometryczne kości (DEXA); 11) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych); 12) EKG; 13) UKG (w uzasadnionych przypadkach); 14) konsultacja neurologiczna (jedynie u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby); 15) konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 16) konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach) 17) spirometria (u pacjentów powyżej 7 roku życia).

3. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na imiglucerazę; 2) znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo podjętego leczenia; 3) pacjenci z asymptomatyczną (bezobjawową) postacią choroby Gauchera; 4) pacjenci z typem II choroby; 5) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		**2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Co 180 dni** 1) morfologia krwi pełna z rozmazem; 2) układ krzepnięcia: APTT, INR; 3) chitotriozydaza; Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z chorobą Gauchera. **2.2 Co 365 dni** 1) badanie densytometryczne kości (DEXA); 2) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych); 3) EKG; 4) UKG (w przypadku nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym); 5) konsultacja kardiologiczna (w przypadku nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym); 6) konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach) 7) USG jamy brzusznej z określeniem wielkości wątroby i śledziony; 8) pomiary antropometryczne, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania; 9) spirometria (u pacjentów powyżej 7 roku życia). **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.

Załącznik B.24.

LECZENIE CHOROBY HURLER (ICD-10 E 76.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. **1. Kryteria kwalifikacji** Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu α-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża lub laktacja;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym. 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 Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych 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.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności α-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem; 3) ocena miana przeciwciał przeciwko α-L-iduronidazie (nie jest badaniem obligatoryjnym); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) stężenie fosfatazy alkalicznej; 7) stężenie witamin E i D; 8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej; 9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa; 11) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa; 12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 14) EKG; 15) USG układu sercowo-naczyniowego; 16) konsultacja laryngologiczna; 17) badanie audiometryczne; 18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów; 19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka; 20) konsultacja neurologiczna; 21) konsultacja kardiologiczna;

2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na laronidazę; 3) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 4) stan po HSCT po uzyskaniu zadowalającego poziomu enzymu we krwi obwodowej (zadowalającego chimeryzmu); 5) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		22) test 3/6 minutowego marszu; 23) pomiary antropometryczne; 24) badanie spirometryczne układu oddechowego; 25) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Raz na 180 dni** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 3) stężenie fosfatazy alkalicznej; 4) test 3/6 minutowego marszu. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hurler. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. **2.2 Co 365 dni** 1) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem (po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii, a następnie co 365 dni); 2) stężenie witaminy E i D; 3) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 4) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa (MRI OUN w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych); 5) pomiary antropometryczne; 6) EKG; 7) USG serca; 8) konsultacja kardiologiczna; 9) konsultacja laryngologiczna;

		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.

Załącznik B.25.

LECZENIE MUKOPOLISACHARYDOZY TYPU II (ZESPÓŁ HUNTERA) (ICD-10 E 76.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** a) mukopolisacharydoza typu II zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry; b) wiek chorego powyżej ukończonego 5 roku życia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża lub laktacja; 2) obecność poważnych wrodzonych anomalii rozwojowych lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego	**1. Dawkowanie** 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.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) układ krzepnięcia; 3) proteinogram; 4) gazometria; 5) AspAT, AlAT, CK, bilirubina; 6) cholesterol; 7) witamina D i K; 8) wydalanie mukopolisacharydów z moczem; 9) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne); 10) parametry życiowe; 11) pomiary antropometryczne; 12) EEG; 13) EKG; 14) echokardiografia; 15) RTG klatki piersiowej; 16) USG jamy brzusznej; 17) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa; 18) RTG kręgosłupa; 19) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG); 20) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria); 21) badanie audiometryczne; 22) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów

ds. Chorób Ultrarzadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia; 3) znaczna progresja choroby pomimo leczenia.		23) badanie okulistyczne; 24) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci; 25) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych; 26) test 3/6 minutowego marszu; 27) test SF36. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1** W pierwszym roku leczenia wykonywanie badań powinno być przeprowadzone co 6 miesięcy 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) układ krzepnięcia; 3) gazometria; 4) CK; 5) AspAT, AlAT, bilirubina; 6) wydalanie mukopolisacharydów z moczem; 7) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne); 8) ocena parametrów życiowych; 9) pomiary antropometryczne; 10) EKG; 11) echokardiografia; 12) EEG; 13) USG jamy brzusznej; 14) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria); 15) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów; 16) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych; 17) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci; 18) test 3/6 minutowego marszu; 19) test SF36. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz

		niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hunter. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. **2.2 Co 365 dni** 1) cholesterol; 2) witaminy D i K; 3) RTG klatki piersiowej; 4) RTG kręgosłupa; 5) MRI OUN wskazane przede wszystkim w przypadku współistniejącego wodogłowia (w zależności od decyzji lekarza); 6) badanie audiometryczne; 7) badanie okulistyczne, z oceną dna oka; 8) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG). **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.

Załącznik B.26.

LECZENIE MUKOPOLISACHARYDOZY TYPU VI (ZESPÓŁ MAROTEAUX – LAMY) (ICD-10 E 76.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Mukopolisacharydoza typu VI zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego deficytu aktywności enzymu 4-sulfatazy N-acetylogalaktozaminy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzonego badaniem molekularnym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **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 Ultrarzadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka galsulfazy wynosi 1 mg/kg masy ciała podawanej raz w tygodniu w postaci wlewu dożylnego przez 4 godziny. Początkową prędkość wlewu można dostosować tak, aby około 2,5% całkowitego roztworu zostało podane w okresie pierwszej godziny, a pozostała jego objętość (około 97,5%) przez kolejne 3 godziny infuzji. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu VI lub innych 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.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności 4-sulfatazy N-acetylogalaktozaminy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem; 3) ocena miana przeciwciał przeciwko 4-sulfatazie N-acetylogalaktozaminy (nie jest badaniem obligatoryjnym); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) układ krzepnięcia; 6) proteinogram; 7) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, CK, stężenie bilirubiny; 8) stężenie fosfatazy alkalicznej; 9) stężenie witamin D, K; 10) stężenie cholesterolu; 11) ocena równowagi kwasowo-zasadowej; 12) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości wątroby i śledziony; 13) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa; 14) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa; 15) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 16) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 17) EKG; 18) USG układu sercowo-naczyniowego;

3) znaczna progresja choroby pomimo leczenia; 4) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		19) RTG klatki piersiowej; 20) konsultacja pulmonologiczna, z oceną spirometrii; 21) konsultacja laryngologiczna; 22) badanie audiometryczne; 23) badanie okulistyczne, z oceną oczu w lampie szczelinowej; 24) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów; 25) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka; 26) konsultacja neurologiczna; 27) konsultacja kardiologiczna; 28) test 3/6 minutowego marszu. **2.Monitorowanie leczenia** **2.1 Raz na 180 dni** 1) morfologia krwi, z rozmazem; 2) układ krzepnięcia; 3) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, CK, stężenie bilirubiny; 4) stężenie fosfatazy alkalicznej; 5) ocena równowagi kwasowo-zasadowej; 6) proteinogram; 7) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 8) pomiary antropometryczne; 9) EKG; 10) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości wątroby i śledziony; 11) USG układu sercowo-naczyniowego; 12) badanie okulistyczne, z oceną w lampie szczelinowej; 13) konsultacja pulmonologiczna, z badaniem spirometrycznym; 14) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów; 15) test 3/6 minutowego marszu. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz

		niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Maroteaux-Lamy. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; **2.2 Co 365 dni** 1) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem (po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii, a następnie co 365 dni); 2) ocena miana przeciwciał przeciwko 4-sulfatazie N-acetylogalaktozaminie (badanie obligatoryjne w przypadku decyzji o zwiększeniu dawki leku lub braku efektywności dotychczasowej terapii); 3) stężenie cholesterolu; 4) stężenie witamin D, K; 5) RTG klatki piersiowej; 6) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa; 7) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa (MRI OUN w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych); 8) EMG do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka; 9) badanie audiometryczne; 10) badanie psychologiczne z oceną ilorazu inteligencji; 11) konsultacja laryngologiczna; 12) konsultacja neurologiczna; 13) konsultacja kardiologiczna (w przypadku nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym - konsultacja kardiologiczna - co 180 dni lub częściej). **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.

Załącznik B.27.

LECZENIE PRZEWLEKŁYCH ZAKAŻEŃ PŁUC U ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z MUKOWISCYDOZĄ (ICD-10 E 84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1.Kryteria kwalifikacji a) wiek od 6 lat, b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołanym przez Pseudomonas aeruginosa, 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). **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować cyklicznie dopóki świadczeniobiorca odnosi korzyści z włączenia tobramycyny do schematu leczenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) nadwrażliwość na tobramycynę, inny aminoglikozyd czy substancję pomocniczą; 2) upośledzenie słuchu (z dużą ostrożnością należy rozważyć stosowanie leku u świadczeniobiorcy przyjmującego inne leki ototoksyczne); 3) uszkodzenie nerek (stężenie kreatyniny w surowicy nie mniejsze niż 2mg/dl lub mocznika nie mniejsze niż 40mg/dl); 4) krwioplucie nie mniejsze niż 60 cm^3 na dobę w okresie 30 dni przed pierwszym podaniem tobramycyny; 5) stwierdzenie ropnia płuca w RTG klatki piersiowej.	**1. Dawkowanie** 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. Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić 12 godzin. 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).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stężenie kreatyniny; 2) stężenie mocznika; 3) test degranulacji bazofilów (opcjonalnie); 4) badanie mikrobiologiczne potwierdzające oporność P. aeruginosa na kolistynę oraz potwierdzające wrażliwość drobnoustroju na tobramycynę; 5) RTG klatki piersiowej; 6) badanie spirometryczne przed i po podaniu kolistyny (2 mln j.m.) w celu potwierdzenia nietolerancji leku; 7) audiometria. **2. Monitorowanie leczenia** **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. **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.

Załącznik B.28.

LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY (ICD-10 G 24.3, G 24.4, G 24.5, G 24.8, G 51.3)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
1) komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej:
a) w kręczu karku u świadczeniobiorców poniżej 50 roku życia - badanie TK/MRI głowy, RTG kręgosłupa szyjnego, badanie poziomu miedzi lub ceruloplazminy, ocena przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej,
b) w kurczu powiek - w wybranych przypadkach różnicowanie z miastenią (próba nużliwości mięśni),
c) w połowicznym kurczu twarzy - badanie TK lub MRI głowy;
2) wykluczenie miastenii i zespołu miastenicznego na podstawie wywiadu i badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach);
3) brak objawów uogólnionego zakażenia;
4) wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania;
5) wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu.

2. Określenie czasu leczenia w programie
Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</td>
<td>1. Dawkowanie
1.1 Botulinum A toxin a 500j. i Botulinum A toxin a 300j. (Dysport)
Kręcz karku 500 - 1.000 j.m.
Kurcz powiek 100 - 250 j.m.
Połowiczy kurcz twarzy 50 - 125 j.m.
Dystonia krtaniowa 40 - 80 j.m.
Dystonia twarzy 100 - 400 j.m.

1.2 Botulinum A toxin a 100j. (Botox)
Kręcz karku 100 - 200 j.m.
Kurcz powiek 20 - 50 j.m.
Połowiczy kurcz twarzy 10 - 25 j.m.
Dystonia krtaniowa 10 - 20 j.m.
Dystonia twarzy 20 - 80 j.m.

1.3 Botulinum A toxin a l00j. (Xeomin)
Kręcz karku 100 - 200 j.m.
Kurcz powiek 20 - 50 j.m.

Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, maksymalnie 4 razy w okresie roku.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) morfologia krwi z rozmazem;
2) poziom miedzi;
3) poziom ceruloplazminy;
4) RTG kręgosłupa szyjnego;
5) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny.

RTG kręgosłupa szyjnego - w przypadku leczenia świadczeniobiorców z kręczem karku.
Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny – w przypadku leczenia świadczeniobiorców z kręczem karku lub połowicznym kurczem twarzy.

2. Monitorowanie leczenia
EMG - badanie przeprowadzane w niektórych przypadkach zgodnie z harmonogramem dawkowania (w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG).

3. Monitorowanie programu
1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</td>
</tr>
</table>

3. Kryteria wyłączenia 1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 2) powstanie oporności na lek; 3) stwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego; 4) objawy uogólnionego zakażenia; 5) zapalenie okolicy miejsca podania; 6) ciąża; 7) przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy).		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.

Załącznik B.29.

LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO (ICD-10 G 35)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: **1.1. Leczenie interferonem beta:** 1) rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego – oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda (2010), łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu; 2) w przypadku rozpoznania postaci rzutowej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją; 3) uzyskanie co najmniej 10 punktów według punktowego systemu kwalifikacji określonego w ust. 3; 4) pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Leczenie octanem glatirameru:** 1) rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego – oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda (2010), łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu; 2) w przypadku rozpoznania postaci rzutowej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy	**1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie:** 1) dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, teryflunomidem lub alemtuzumabem należy prowadzić zgodnie z zapisami stosownych Charakterystyk Produktów Leczniczych,z zastrzeżeniem pkt 2 poniżej 2) dawkowanie octanu glatirameru,dla dawki 20 mg u dzieci i młodzieży: zalecane dawkowanie wynosi 20 mg octanu glatirameru we wstrzyknięciu podskórnym, raz na dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) badania biochemiczne w tym oceniające: a) funkcje nerek, b) funkcje wątroby, c) funkcje tarczycy; 2) badanie ogólne moczu; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu; rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 60 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku; 5) w przypadkach wątpliwych diagnostycznie wskazane badanie białka oligoklonalnego IgG w płynie mózgowo-rdzeniowym. 6) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym; 7) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS; 8) badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wiremii HBV, HCV (dotyczy terapii alemtuzumabem); 9) konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc (dotyczy terapii alemtuzumabem);

przed kwalifikacją; 3) uzyskanie co najmniej 10 punktów według punktowego systemu kwalifikacji określonego w ust. 3; 4) pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki; 5) kobiety ciężarne włączane są do leczenia po przekazaniu im pisemnej informacji dotyczącej aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania octanu glatirameru u kobiet w ciąży oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na stosowanie leku; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.3. Leczenie fumaranem dimetylu:** 1) wiek od 12 roku życia z zastrzeżeniem, że a) pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia wyłącznie w ośrodkach zapewniających leczenie pod opieką zespołów lekarskich składających się z neurologów i neurologów dziecięcych posiadających doświadczenie w leczeniu SM; b) pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia 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; 2) rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego – oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda(2010),		**2. Monitorowanie leczenia:** **2.0. Ocena stanu neurologicznego, co 3 miesiące.** **2.1. Monitorowanie leczenia interferonem beta lub octanem glatirameru:** Badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 1 wykonywane są: a) u dorosłych: – przez pierwsze 6 miesięcy leczenia - co 3 miesiące, – następnie co 6 miesięcy, z wyjątkiem morfologii i parametrów wątrobowych, które wykonywane są co 3 miesiące, b) u dzieci i młodzieży: – przez pierwsze 3 miesiące – co miesiąc, – następnie co 3 miesiące; 1) rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu – po każdych 12 miesiącach leczenia; 2) badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia. **2.2. Monitorowanie leczenia fumaranem dimetylu:** 1) badania biochemiczne oceniające: a) funkcje nerek i wątroby - po 3 i 6 miesiącach leczenia, następnie co 6 do 12 miesięcy oraz według wskazań klinicznych, b) morfologię krwi z rozmazem- co 3 miesiące leczenia

łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu; 3) w przypadku rozpoznania postaci rzutowej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją; 4) uzyskanie co najmniej 10 punktów według punktowego systemu kwalifikacji określonego w ust. 3; 5) pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.4. Leczenie peginterferonem beta-1a:** 1) wiek od 12 roku życia z zastrzeżeniem, że a) pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia wyłącznie w ośrodkach zapewniających leczenie pod opieką zespołów lekarskich składających się z neurologów i neurologów dziecięcych posiadających doświadczenie w leczeniu SM; b) pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia 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; 2) rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego – oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda (2010),		U pacjentów, u których liczba limfocytów będzie utrzymywała się na poziomie poniżej 500/ µl przez ponad 6 miesięcy, należy ponownie rozważyć bilans korzyści i ryzyka w tym wziąć pod uwagę przerwanie leczenia. 2) rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu – po każdych 12 miesiącach leczenia; 3) badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia **2.3. Monitorowanie leczenia peginterferonem beta-1a:** 1) badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 1 wykonywane są: - przez pierwsze 6 miesięcy leczenia - co 3 miesiące, - następnie co 6 miesięcy, z wyjątkiem morfologii i parametrów wątrobowych, które wykonywane są co 3 miesiące 2) rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu – po każdych 12 miesiącach leczenia; 3) badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia **2.4. Monitorowanie leczenia teryflunomidem:** 1) badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 1 wykonywane są: a) przez pierwsze 6 miesięcy leczenia, kontrola co 3 miesiące, b) następnie co 6 miesięcy, z wyjątkiem morfologii, ciśnienia tętniczego krwi i parametrów wątrobowych, które wykonuje się co 3 miesiące;

łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu; 3) w przypadku rozpoznania postaci rzutowej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją; 4) uzyskanie co najmniej 10 punktów według punktowego systemu kwalifikacji określonego w ust. 3; 5) pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie **1.5. Leczenie teryflunomidem:** 1) wiek od 12 roku życia, z zastrzeżeniem, że a) pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia wyłącznie w ośrodkach zapewniających leczenie pod opieką zespołów lekarskich składających się z neurologów i neurologów dziecięcych posiadających doświadczenie w leczeniu SM; b) pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia 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; 2) rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda (2010);		2) rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu - po każdych 12 miesiącach leczenia; 3) badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia. **2.5. Monitorowanie leczenia alemtuzumabem:** 1) co miesiąc: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy, c) badanie ogólne moczu, 2) co 3 miesiące oznaczenie hormonu tyreotropowego (TSH); 3) przed drugim podaniem leku: a) u kobiet w wieku rozrodczym – test ciążowy b) badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wiremii HBV, HCV, c) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS. 4) Zalecane wykonania RM minimum co 12 miesięcy **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

łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu; 3) w przypadku rozpoznania postaci rzutowej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją; 4) uzyskanie co najmniej 10 punktów według punktowego systemu kwalifikacji określonego w ust. 3; 5) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym stosowanie antykoncepcji; 6) pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.6. Leczenie alemtuzumabem:** 1) wiek od 18 roku życia; 2) brak wcześniejszego leczenia alemtuzumabem; 3) rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda (2010) łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu; 4) Szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją zostaną spełnione oba poniższe parametry: a) liczba i ciężkość rzutów: - co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność (w czasie rzutu wzrost EDSS o minimum 2 pkt), b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego - więcej niż jedna nowa zmiana GD(+) lub - więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2 (w sumie nie mniej niż		przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

9 zmian). 5) W przypadku kobiet w wieku rozrodczym stosowanie antykoncepcji; 7) Pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.6.** Dopuszcza się zamiany leków pierwszej linii (interferon beta, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu, teryflunomid) w przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub częściowej nieskuteczności terapii definiowanej jako wystąpienie jednego z kryteriów wymienionych w punkcie 5.1. **1.7.** Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **1.8.** Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii są kwalifikowani również pacjenci uprzednio leczeni 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 wskazane w punktach 1.1 – 1.5 oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu wskazanych w punktach 2.1-2.5. **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:** **2.1.** Przeciwwskazaniem do stosowania interferonów beta jest		

wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych przeciwwskazań: 1) nadwrażliwość na interferon beta; 2) pierwotnie lub wtórnie postępująca postać choroby; 3) zdekompensowana niewydolność wątroby (enzymy wątrobowe 2 razy lub więcej powyżej normy); 4) zaburzenia czynności tarczycy (bez eutyreozy); 5) depresja nie poddająca się leczeniu; 6) próby samobójcze; 7) padaczka z wyłączeniem napadów, które u dzieci i młodzieży wystąpiły w czasie rzutu stwardnienia rozsianego; 8) leukopenia poniżej 3000/µl; 9) istotna klinicznie niedokrwistość; 10) ciąża; 11) inne przeciwwskazania wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **2.2.** Przeciwwskazaniem do stosowania octanu glatirameru jest wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych przeciwskazań: 1) nadwrażliwość na octan glatirameru lub mannitol; 2) pierwotnie lub wtórnie postępująca postać choroby; 3) inne przeciwwskazania wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **2.3.** Przeciwwskazaniem do stosowania fumaranu dimetylu jest wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych przeciwskazań: 1) nadwrażliwość na fumaran dimetylu lub substancje pomocnicze; 2) pierwotnie lub wtórnie postępująca postać choroby;		

3) ciąża; 4) inne przeciwwskazania wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **2.4.** Przeciwwskazaniem do stosowania peginterferonu beta-1a jest wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych przeciwskazań: 1) nadwrażliwość na naturalny lub rekombinowany interferon beta, lub peginterferon; 2) rozpoczęcie leczenia u kobiet w ciąży; 3) aktualnie ciężkie zaburzenia depresyjne i (lub) myśli samobójcze; 4) przeciwwskazania wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 5) pierwotnie lub wtórnie postępująca postać choroby. **2.5.** Przeciwwskazaniem do stosowania teryflunomidu jest wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych przeciwwskazań: 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C według skali Childa-Pugha); 3) ciąża, karmienie piersią lub niestosowanie skutecznych metod antykoncepcji u kobiet w wieku rozrodczym; 4) ciężkie niedobory odporności; 5) znaczne zaburzenia czynności szpiku kostnego albo znacząca niedokrwistość, leukopenia, neutropenia lub małopłytkowość: a) hematokryt < 24 % lub		

b) całkowita liczba białych krwinek < 4 000 /µl lub c) całkowita liczba neutrofilii ≤ 1 500 /µl lub d) liczba płytek krwi < 150 000 /µl; 6) ciężkie, czynne zakażenia; 7) ciężkie zaburzenia czynności nerek u pacjentów dializowanych; 8) ciężka hipoproteinemia. **2.6.** Przeciwwskazaniem do stosowania alemtuzumabu jest wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych przeciwskazań: 1) nadwrażliwość na alemtuzumab lub substancje pomocnicze; 2) zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV); 3) ciąża; 4) wiremia HBV, HCV; 5) czynna gruźlica; 5) czynne zakażenia do momentu ich wyleczenia; 6) nowotwór złośliwy. **3. Punktowy system oceny i kwalifikacji do leczenia stwardnienia rozsianego interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, teryflunomidem i alemtuzumabem:** 1) czas trwania choroby: a) od 0 do 3 lat - 6 pkt., b) od 3 do 6 lat - 4 pkt., c) powyżej 6 lat - 2 pkt.; 2) liczba rzutów choroby w ostatnim roku: a) 3 i więcej - 5 pkt., b) od 1 do 2 - 4 pkt., c) brak rzutów w trakcie leczenia		

immunomodulacyjnego (w ostatnim roku) - 3 pkt., d) brak rzutów - 1 pkt; 3) stan neurologiczny w okresie międzyrzutowym (przy rozpoczynaniu leczenia): a) EDSS od 0 do 2 - 6 pkt., b) EDSS od 2,5 do 4 - 5 pkt., c) EDSS od 4,5 do 5 - 2 pkt. **4. Kryteria wyłączenia:** **4.1. Leczenie interferonem beta:** 1) nadwrażliwość na interferon beta - ostre reakcje nadwrażliwości (wstrząs anafilaktyczny, skurcz oskrzeli, pokrzywka); 2) przejście w postać wtórnie postępującą- pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową; 3) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji); 4) ciąża; 5) zdekompensowana niewydolność wątroby (enzymy wątrobowe 5 razy lub więcej powyżej normy potwierdzone badaniem kontrolnym i utrzymujące się pomimo modyfikacji leczenia); 6) zaburzenia czynności tarczycy (bez eutyreozy); 7) istotne klinicznie zmiany skórne; 8) zmiana parametrów krwi w następującym zakresie: a) stężenie hemoglobiny poniżej 9 g/dl, b) leukopenia poniżej 3000/µl, c) limfopenia poniżej 500/µl, d) trombocytopenia poniżej 75000/µl - potwierdzone badaniem kontrolnym i utrzymujące się		

pomimo modyfikacji leczenia; 9) depresja niepoddająca się leczeniu; 10) padaczka, z wyłączeniem napadów występujących u dzieci i młodzieży jako objaw rzutu stwardnienia rozsianego; 11) pojawienie się innych przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **4.2. Leczenie octanem glatirameru:** 1) nadwrażliwość na octan glatirameru lub mannitol; 2) przejście w postać wtórnie postępującą - pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową; 3) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji); 4) istotne klinicznie zmiany skórne; 5) pojawienie się innych przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **4.3. Leczenie fumaranem dimetylu:** 1) nadwrażliwość na fumaran dimetylu lub substancje pomocnicze; 2) przejście w postać wtórnie postępującą- pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową; 3) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji); 4) ciąża. 5) pojawienie się innych przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **4.4. Leczenie peginterferonem beta-1a:**		

1) nadwrażliwość na naturalny lub rekombinowany interferon beta lub peginterferon albo na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) przejście w postać wtórnie postępującą- pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową; 3) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji); 5) ciąża 6) aktualnie ciężkie zaburzenia depresyjne i (lub) myśli samobójcze 7) pojawienie się innych przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego **4.5. Leczenie teryflunomidem:** 1) nadwrażliwość na teryflunomid lub leflunomid; 2) przejście w postać wtórnie postępującą - pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową; 3) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji); 4) podejrzenie uszkodzenia wątroby - należy rozważyć przerwanie leczenia teryflunomidem, jeżeli potwierdzono zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych przekraczające trzykrotnie górną granicę normy (GGN); 5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C według skali Childa-Pugha); 6) ciąża, karmienie piersią lub niestosowanie skutecznych metod antykoncepcji u kobiet w wieku rozrodczym; 7) ciężkie niedobory odporności; 8) znaczne zaburzenia czynności szpiku kostnego albo znacząca niedokrwistość, leukopenia, neutropenia lub małopłytkowość:		

a) hematokryt < 24 % lub b) całkowita liczba białych krwinek < 4 000 /µl lub c) całkowita liczba neutrofilii ≤ 1 500 /µl lub d) liczba płytek krwi < 150 000 /µl; 9) ciężkie, czynne zakażenia; 10) ciężkie zaburzenia czynności nerek u pacjentów dializowanych; 11) ciężka hipoproteinemia. **4.6. Leczenie alemtuzumabem:** 1) nadwrażliwość na alemtuzumab lub substancje pomocnicze; 2) nieprzestrzeganie zasad leczenia; 3) brak stabilizacji lub postęp choroby pomimo leczenia (dwa rzuty wymagające sterydoterapii lub pogorszenie o 2 punkty w EDSS w ciągu roku); 4) czynna choroba tarczycy, chyba, że potencjalne korzyści z zastosowanego leczenia usprawiedliwiają ryzyko wystąpienia autoimmunologicznej choroby tarczycy; 5) nietolerancja alemtuzumabu (ciężkie reakcje związane z infuzją, reakcje anafilaktyczne); 6) ciąża, chyba, że potencjalne korzyści dla matki z zastosowanego leczenia przewyższają potencjalne zagrożenie dla płodu; 7) zakażenie w trakcie terapii ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV); 8) wiremia HBV, HCV; 9) klinicznie istotna choroba autoimmunizacyjna inna niż SM; 10) czynne zakażenia do momentu ich wyleczenia; 11) nowotwór złośliwy. **5. Określenie czasu leczenia w programie:**		

5.1. Określenie czasu leczenia w programie interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, teryflunomidem. Po 12 miesiącach trwania leczenia dokonuje się oceny skuteczności leczenia. Za brak skuteczności wymagający zmiany leczenia przyjmuje się wystąpienie obu poniższych sytuacji: 1) liczba i ciężkość rzutów: a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych (wzrost EDSS o 1 do 2 pkt. w zakresie jednego lub dwóch układów funkcjonalnych lub o 1 pkt w czterech lub większej liczbie układów funkcjonalnych) lub b) 1 ciężki rzut po pierwszych 6 miesiącach (wzrost w EDSS większy niż w definicji rzutu umiarkowanego tj. powyżej 2 pkt.) oraz 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. **5.2. Określenie czasu leczenia w programie alemtuzumabem.** Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 kursów leczenia oraz 48-miesięczny okres obserwacji od podania drugiej dawki leku. **5.3. Kryteria kontynuacji leczenia w programie interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, teryflunomidem:** 1) terapia interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu lub		

teryflunomidem może być przedłużona o każde kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 4 i kryteriów nieskuteczności pkt. 5.1; 2) leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia; 3) po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych.		

Załącznik B.30.

LECZENIE SPASTYCZNOŚCI W MÓZGOWYM PORAŻENIU DZIECIĘCYM (ICD-10 G 80)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
Do leczenia toksyną botulinową w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria:
1) potwierdzone rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego z towarzyszącą spastycznością ograniczającą funkcjonowanie dziecka lub zagrażającą rozwojem utrwalonych przykurczy mięśniowych i deformacji kostno-stawowych.
2) wiek 2-17 lat.

2. Określenie czasu leczenia w programie:
Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów kwalifikacji i kryteriów wyłączenia z programu.

3. Kryteria wyłączenia
1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;
2) powstanie oporności na leczenie;
3) myastenia gravis;
4) objawy uogólnionego zakażenia;
5) zapalenie okolicy miejsca podania;
6) ciąża.</td>
<td>1. Dawkowanie Dysportu
Dawka całkowita leku, na jedno podanie 30 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.

2. Dawkowanie Botoxu
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.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
Morfologia krwi z rozmazem.

2. Monitorowanie leczenia
EMG - badanie przeprowadzane zgodnie z harmonogramem dawkowania (w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG).

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.</td>
</tr>
</table>

Załącznik B.31.

LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (TNP) (ICD-10 I27, I27.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA OGÓLNE	
Kryteria włączenia	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 niezadowalający 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 dziedziczonym 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.
Czas leczenia	Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.
Kryteria wyłączenia	1) brak współpracy ze strony pacjenta w zakresie prowadzenia terapii lub okresowej kontroli jej skuteczności; 2) nadwrażliwość na substancję czynna 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
Ocena klasy czynnościowej	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)
Zalecenia	U miesiączkujących dziewcząt i kobiet w wieku rozrodczym należy zalecać stosowanie skutecznej metody antykoncepcji.

WYKAZ SKRÓTÓW			
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia	**ChPL**	Charakterystyka produktu leczniczego
AsPAT	Aminotransferaza asparginowa	**TNP**	Tętnicze nadciśnienie płucne
AlAT	Aminotransferaza alaninowa	**WHO**	Światowa Organizacja Zdrowia
BNP/ NT-proBNP	Peptyd natriuretyczny typu B/N-końcowy fragment proBNP	**ESC**	European Society of Cardiology
ERS	European Respiratory Society	**AEPC**	Association for European Pediatric Cardiology

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA SZCZEGÓŁOWE		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
A. Leczenie TNP u dorosłych (≥18 lat) **I. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)** **1. Bosentan** **1.1 Kryteria włączenia**: 1) II lub III klasa czynnościowa; **1.2. Kryteria wyłączenia**: 1) co najmniej jedno z przeciwskazań wymienionych w ChPL. **2. Sildenafil** **2.1 Kryteria włączenia:** 1) II lub III klasa czynnościowa lub 2) I klasa czynnościowa, jeżeli do czasu ukończenia 18 roku życia pacjent był skutecznie leczony inhibitorem PDE5 – z wyłączeniem pacjentów z zespołem Eisenmengera; **2.2 Kryteria wyłączenia**: 1) nieskuteczność terapii lub powikłania terapii; 2) udar mózgu w ciągu ostatnich 90 dni; 3) zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 90 dni; 4) ciężkie niedociśnienie tętnicze (<90/50 mmHg) jeżeli nie jest objawem niewydolności prawej komory wtórnej do TNP; 5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybicznych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem; 6) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION); 7) ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg Child-Pugh).	**A. Leczenie TNP u dorosłych:** **1. Dawkowanie bosentanu** 1.1. w monoterapii - zgodnie z ChPL; 1.2. w terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. **2. Dawkowanie iloprostu** 2.1. w monoterapii - zgodnie z ChPL; 2.2. w terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. **3. Dawkowanie treprostinilu** 3.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od: 1) stanu pacjenta; 2) odpowiedzi na leczenie; 3) tolerancji leczenia. 3.2.Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC . 3.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL. 3.4. Treprostinil o mocy 10mg/1 ml, w ramach programu lekowego może być stosowany tylko u pacjentów z pompą wszczepialną.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1 Badania nieinwazyjne:** 1) ocena klasy czynnościowej 2) test 6-minutowego marszu – a) badanie nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory b) w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania; 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności), 4) badanie echokardiograficzne. **1.2 Badania inwazyjne:** 1.2.1 Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną: 1) ciśnienia zaklinowania; 2) naczyniowego oporu płucnego; 3) pojemności minutowej; 4) saturacji mieszanej krwi żylnej i przeprowadzeniem ostrego testu wazoreaktywności w wybranych przypadkach określonych w kryteriach włączenia. Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8-12 tygodni przed włączeniem do programu. Kryterium czasu nie jest wymagane u pacjentów <18 rż. 1.2.2 W przypadku ciężkiego stanu pacjenta diagnostyczne

II. LECZENIE II RZUTU

II.A. MONOTERAPIA

1. Bosentan albo iloprost albo treprostinil

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.

1.2. Kryteria wyłączenia

a) bosentan - co najmniej jedno z przeciwskazań wymienionych w ChPL;

b) iloprost

1) ciężka choroba niedokrwienna serca lub niestabilna dławica piersiowa;
2) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;
3) niewyrównana niewydolność serca - jeśli nie spowodowana TNP;
4) ciężkie zaburzenia rytmu serca;
5) wrodzone wady zastawkowe z istotnymi klinicznie zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;
6) stany, w których wpływ iloprostu na płytki krwi może zwiększyć ryzyko krwotoku.

c) treprostinil

1) nadciśnienie płucne związane z potwierdzoną chorobą zarostową żył płucnych;
2) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;

4. Dawkowanie sildenafilu

4.1. Dawka podstawowa: 20 mg 3 razy dziennie.
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.

Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożliwości podania postaci stałej.

5. Dawkowanie epoprostenolu

5.1 Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:

1) stanu pacjenta;
2) odpowiedzi na leczenie;
3) tolerancji leczenia.

5.2. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.
5.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL.

6. Dawkowanie macytentanu i sildenafilu w terapii skojarzonej:

1) dawka macytentanu: 10 mg raz dziennie;
2) dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie albo 40 mg 3 razy dziennie - u pacjentów, którzy otrzymywali taką dawkę w monoterapii.

cewnikowanie prawego serca można odłożyć do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej wyłącznie pod warunkiem, że było ono wykonane wcześniej i potwierdziło rozpoznanie TNP.
1.2.3 Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji nie dotyczy:

a) pacjentów uprzednio leczonych lekami dostępnymi w ramach programów lekowych, u których TNP było potwierdzone cewnikowaniem prawego serca w przeszłości,
b) pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie TNP.

2. Monitorowanie leczenia

Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym.

2.1 Badania nieinwazyjne:

1) ocena klasy czynnościowej;
2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania);
3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności);
4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań podstawowych);

- 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

3) ciężka niewydolność wątroby - klasa C wg. Child-Pugh;
4) czynna choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe, zranienie, inny rodzaj krwawienia;
5) wrodzone lub nabyte wady zastawkowe serca z klinicznie znaczącymi zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;
6) ciężka postać choroby niedokrwiennej serca lub niestabilna postać dławicy piersiowej;
7) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;
8) nieleczona niewydolność serca;
9) ciężkie zaburzenia rytmu serca;
10) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg – jeśli nie spowodowane TNP.

2. Epoprostenol

2.1. 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.

2.2. Kryteria wyłączenia

1)zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;
2) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek;
3) laktacja;
4) inne przeciwwskazania określone w ChPL;

7. Dawkowanie riocyguatu

7.1. w monoterapii - zgodnie z ChPL;
7.2. w terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.

8. Substancje czynne stosowane w leczeniu początkowym (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia .

9. 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.

B. Leczenie TNP u dzieci:

1. Leczenie bosentanem – dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:

1) masa ciała równa lub mniejsza niż 20 kg dawka początkowa i podtrzymująca wynosi 2 mg/kg m.c. dwa razy na dobę;
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;
3) masa ciała większa niż 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 62,5 mg dwa razy

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.

2.2 Badania inwazyjne:

Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się:

1) co 12 -24 miesiące;
2) przed włączeniem terapii II rzutu, z tym że w przypadku ciężkiego stanu pacjenta (IV klasa czynnościowa) można odłożyć cewnikowanie do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej;
3) jeżeli:
   a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami
   lub
   b) obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne
   - do decyzji lekarza prowadzącego.

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.

Skuteczność terapii ocenia się na podstawie przebiegu choroby, indywidualnych cech pacjenta oraz kryteriów prognostycznych, zgodnie z obowiązującymi standardami.
Zmiana terapii w obrębie leczenia początkowego oraz zmiana terapii w ramach leczenia II rzutu nie wymaga cewnikowania

3. Riocyguat **3.1. Kryteria włączenia** 1) TNP idiopatyczne lub dziedziczone lub związane z chorobą tkanki łącznej; 2) II lub III klasa czynnościowa 3) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie sildenafilem zastosowanym jako leczenie początkowe. **3.2. Kryteria wyłączenia**: 1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5. 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh) 3) ciąża 4) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu); 5) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia 6) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mm Hg **II.B. TERAPIA SKOJARZONA** **1. Macytentan z sildenafilem** **1.1 Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej; 2) III klasa czynnościowa; 3) brak przeciwwskazań wymienionych w ChPL. W przypadku wystąpienia objawów nietolerancji sildenafilu, możliwa jest kontynuacja macytentanu w monoterapii.	na dobę, dawka podtrzymująca 125 mg dwa razy na dobę. **2. Leczenie sildenafilem** Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej: 1) masa ciała ≤ 20 kg: 10 mg 3 razy dziennie; 2) masa ciała > 20 kg: 20 mg 3 razy dziennie. **3. Leczenie iloprostem, epoprostenolem lub treprostynilem -** dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od: 1) stanu pacjenta; 2) odpowiedzi na leczenie; 3) tolerancji leczenia. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC. **4.** Leki stosowane w terapii początkowej (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia. **5.** Leki stosowane w terapii II rzutu (bosentan, iloprost, treprostinil, epoprostenol, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.	prawego serca. W przypadku nietolerancji leczenia II rzutu możliwy jest powrót do terapii początkowej bez dodatkowej kwalifikacji pacjenta. **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 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.

1.2. Kryteria wyłączenia a) **sildenafil** – określono w punkcie A I.2.2 b) **macytentan** 1) brak stosowania skutecznej metody zapobiegania ciąży przez kobiety w wieku rozrodczym; 2) ciąża; 3) karmienie piersią; 4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby; 5) wyjściowa aktywność aminotransferaz wątrobowych (AspAT lub AlAT) > 3 razy niż wartość górnej granicy normy; **2. Riocyguat z bosentanem** **2.1. Kryteria włączenia:** 1) TNP idiopatyczne lub dziedziczone lub związane z chorobą tkanki łącznej; 2) III klasa czynnościowa, 3) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej. **2.3.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. **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. 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) macytentan - 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 **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 pigmetosa 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** **2. 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 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 **C. KONTYNUACJA LECZENIA TNP U OSÓB PRZEKRACZAJĄCYCH WIEK 18 LAT** 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.		

Załącznik B.32.

LECZENIE CHOROBY LEŚNIOWSKIEGO - CROHNA (chLC) (ICD-10 K 50)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Leczenie choroby Leśniowskiego - Crohna z zastosowaniem infliksymabu (produkty lecznicze: Inflectra, Remsima) – terapia podtrzymująca do 24 miesięcy.		
1. Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna (chLC) infliksymabem u dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia **1.1 Kryteria włączenia** 1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów), przy: a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż infliksymab inhibitorami TNF alfa lub b) występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia lub 2) 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 w skali PCDAI. Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą	**1. Leczenie infliksymabem choroby Leśniowskiego - Crohna u dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia oraz u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia** Dawkowanie infliksymabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO/ESPGHAN.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia infliksymabem** 1) morfologia krwi obwodowej; 2) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 4) poziom kreatyniny w surowicy; 5) białko C-reaktywne; 6) badanie ogólne moczu; 7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 8) antygen HBs; 9) przeciwciała anty HCV; 10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo); 11) stężenie elektrolitów w surowicy; 12) RTG klatki piersiowej; 13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów); 14) obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia / PCDAI u dzieci. **2. Monitorowanie leczenia infliksymabem** W przypadku stosowania infliksymabu w leczeniu indukcyjnym u osób dorosłych, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać, co najmniej po 2 tygodniach od podania trzeciej dawki leku następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i

kontrolę urodzeń w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu. W trakcie kwalifikacji do programu wszyscy chorzy leczeni infliksymabem otrzymują Kartę Ostrzeżeń dla pacjenta przyjmującego infliksymab. Potwierdzenie faktu otrzymania ww. Karty Ostrzeżeń dla pacjenta przechowywane jest w dokumentacji medycznej pacjenta. **1.2 Leczenie podtrzymujące infliksymabem** Co najmniej 2 tygodnie po podaniu trzeciej dawki infliksymabu należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI. Świadczeniobiorcy z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego. Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie PCDAI o 12,5 lub więcej punktów oraz PCDAI niższe niż 30 punktów. **2. Leczenie infliksymabem choroby Leśniowskiego-Crohna u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia.** **2.1 Kryteria włączenia** 1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów) przy: a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż infliksymab inhibitorami TNF alfa lub b) występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia lub 2) obecność przetok okołoodbytowych, które nie zagoiły się pod wpływem antybiotyków i leczenia chirurgicznego w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym		AspAT. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę CDAI przynajmniej, co 16 tygodni. W przypadku stosowania infliksymabu w leczeniu indukcyjnym u dzieci, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać, co najmniej po 2 tygodniach od podania trzeciej dawki leku następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika PCDAI. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę PCDAI przynajmniej co 16 tygodni. **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.

- niezależnie od nasilenia choroby. Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu. **3. Określenie czasu leczenia infliksymabem dzieci i dorosłych w programie** 1) Terapia indukcyjna - 6 tygodni; 2) Leczenie podtrzymujące infliksymabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie jednakże nie dłużej niż 24 miesiące od momentu podania pierwszej dawki w terapii indukcyjnej. **4. Kryteria wyłączenia dzieci i dorosłych z programu leczenia infliksymabem** 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) przewlekła niewydolność nerek; 7) przewlekłą niewydolność wątroby; 8) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 9) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każdą czynną postępującą chorobę wątroby; 10) ciąża lub karmienie piersią; 11) rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu;		

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 dzieci i dorosłych infliksymabem** 1) brak efektów leczenia; 2) wystąpienie działań niepożądanych leczenia; 3) wystąpienia powikłań wymagających innego specyficznego leczenia. Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt. 1-3. Dostępne dane nie uzasadniają dalszego leczenia infliksymabem u dzieci i młodzieży, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 10 tygodni leczenia. W przypadku nietolerancji rozpoczętego leczenia infliksymabem lub wystąpieniu działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuację możliwe jest zastosowanie innego leku z grupy anty-TNF, dopuszczonego w programie lekowym dedykowanym leczeniu choroby Leśniowskiego – Crohna po spełnieniu kryteriów tego programu. W przypadku wystąpienia u pacjenta kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia infliksymabem 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.		

Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji pediatrycznej: 1. Pacjent, u którego zaprzestano podawania infliksymabu, 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, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie. 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 choroby Leśniowskiego - Crohna z zastosowaniem infliksymabu (produkty leczniczy: Remicade) – terapia podtrzymująca do 12 miesięcy.		

1. Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna (chLC) infliksymabem u dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia **1.1 Kryteria włączenia** ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów), przy: a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż infliksymab inhibitorami TNF alfa lub b) występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia lub 2) 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 w skali PCDAI. Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu. W trakcie kwalifikacji do programu wszyscy chorzy leczeni infliksymabem otrzymują Kartę Ostrzeżeń dla pacjenta przyjmującego infliksymab. Potwierdzenie faktu otrzymania ww. Karty Ostrzeżeń dla pacjenta przechowywane jest w dokumentacji medycznej pacjenta. **1.2 Leczenie podtrzymujące infliksymabem** Co najmniej 2 tygodnie po podaniu trzeciej dawki infliksymabu	**1. Leczenie infliskymabem choroby Leśniowskiego - Crohna u dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia oraz u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia.** Dawkowanie infliksymabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO/ESPGHAN.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia infliksymabem** 1) morfologia krwi obwodowej; 2) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 4) poziom kreatyniny w surowicy; 5) białko C-reaktywne; 6) badanie ogólne moczu; 7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 8) antygen HBs; 9) przeciwciała anty HCV; 10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo); 11) stężenie elektrolitów w surowicy; 12) RTG klatki piersiowej; 13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów); 14) obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia / PCDAI u dzieci. **2. Monitorowanie leczenia infliksymabem** W przypadku stosowania infliksymabu w leczeniu indukcyjnym u osób dorosłych, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać, co najmniej po 2 tygodniach od podania trzeciej dawki leku następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę CDAI przynajmniej, co 8 tygodni. W przypadku stosowania infliksymabu w leczeniu indukcyjnym u dzieci, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać, co najmniej po 2 tygodniach od podania trzeciej dawki leku następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika PCDAI.

należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI. Świadczeniobiorcy z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego. Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie PCDAI o 12,5 lub więcej punktów oraz PCDAI niższe niż 30 punktów. **2. Leczenie infliksymabem choroby Leśniowskiego-Crohna u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia.** **2.1 Kryteria włączenia** 1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów) przy: a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż infliksymab inhibitorami TNF alfa lub b) występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia lub 2) obecność przetok okołoodbytowych, które nie zagoiły się pod wpływem antybiotyków i leczenia chirurgicznego w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym - niezależnie od nasilenia choroby. Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu. **3. Określenie czasu leczenia infliksymabem dzieci i dorosłych w programie** 1) Terapia indukcyjna - 6 tygodni; 2) Leczenie podtrzymujące infliksymabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie		W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę PCDAI przynajmniej co 8 tygodni. **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.

jednakże nie dłużej niż 12 miesięcy od momentu podania pierwszej dawki w terapii indukcyjnej. **4. Kryteria wyłączenia dzieci i dorosłych z programu leczenia infliksymabem** 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) przewlekła niewydolność nerek; 7) przewlekłą niewydolność wątroby; 8) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 9) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każdą czynną postępującą chorobę wątroby; 10) ciąża lub karmienie piersią; 11) rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu; 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 dzieci i dorosłych infliksymabem** 1) brak efektów leczenia; 2) wystąpienie działań niepożądanych leczenia; 3) wystąpienia powikłań wymagających innego specyficznego leczenia.		

Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt. 1-3. Dostępne dane nie uzasadniają dalszego leczenia infliksymabem u dzieci i młodzieży, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 10 tygodni leczenia. W przypadku nietolerancji rozpoczętego leczenia infliksymabem lub wystąpieniu działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuację możliwe jest zastosowanie innego leku z grupy anty-TNF, dopuszczonego w programie lekowym dedykowanym leczeniu choroby Leśniowskiego – Crohna po spełnieniu kryteriów tego programu. W przypadku wystąpienia u pacjenta kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia infliksymabem 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. Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji pediatrycznej: 1. Pacjent, u którego zaprzestano podawania infliksymabu, 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, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie.		

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 choroby Leśniowskiego - Crohna adalimumabem– terapia podtrzymująca do 12 miesięcy.		

1. Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna (chLC) adalimumabem u dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia **1.1 Kryteria włączenia** 1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów), przy: a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż adalimumab inhibitorami TNF alfa lub b) występowaniu przeciwwskazań medycznych lub działań niepożądanych takiego leczenia lub 2) 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 w skali PCDAI. 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. **1.2 Leczenie podtrzymujące adalimumabem** Co najmniej 2 tygodnie po podaniu ostatniej dawki adalimumabu w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI. Świadczeniobiorcy z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego. Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie PCDAI o 12,5 lub więcej punktów oraz PCDAI niższe niż 30 punktów.	**1. Leczenie adalimumabem choroby Leśniowskiego - Crohna u dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia oraz u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia** Dawkowanie adalimumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO/ESPGHAN.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia adalimumabem** 1) morfologia krwi obwodowej; 2) aminotransferaza alaninowa(AlAT); 3) aminotransferaza asparaginianowa(AspAT); 4) poziom kreatyniny w surowicy; 5) białko C-reaktywne; 6) badanie ogólne moczu; 7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon 8) antygen HBs; 9) przeciwciała anty HCV; 10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo); 11) stężenie elektrolitów w surowicy; 12) RTG klatki piersiowej; 13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów); 14) obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia / PCDAI u dzieci.. **2. Monitorowanie leczenia adalimumabem** 1) W przypadku stosowania adalimumabu w ramach 12 tygodniowej terapii indukcyjnej u osób dorosłych, po upływie 2 tygodni od podania pacjentowi ostatniej dawki leku świadczeniodawca wykonuje u pacjenta następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI. 2) W przypadku stosowania adalimumabu w ramach leczenia podtrzymującego, co najmniej raz na 3 miesiące świadczeniodawca wykonuje u pacjenta następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę CDAI. 3) W przypadku stosowania adalimumabu w leczeniu indukcyjnym u dzieci, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać, co najmniej po 2 tygodniach od podania ostatniej

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia adalimumabem, a ich dotychczasowe leczenie adalimumabem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że: 1) przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu, 2) nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie , 3) nie zachodzą okoliczności o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia. **2. Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia** **2.1 Do programu mogą zostać włączeni pacjenci w przypadku wystąpienia łącznie następujących kryteriów:** 1) Wiek pacjenta: 18 lat i więcej; 2) Ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów) przy: a) braku odpowiedzi na pełny i odpowiedni kurs leczenia kortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż adalimumab inhibitorami TNF alfa lub b) występowaniu przeciwwskazań medycznych lub objawów nietolerancji takiego leczenia lub c) obecności przetok okołoodbytowych, które nie zagoiły się pod wpływem antybiotyków i leczenia chirurgicznego w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym - niezależnie od nasilenia choroby. Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą		dawki leku następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT. 4) Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika PCDAI., 5) W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę PCDAI co najmniej raz na 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 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.

kontrolę urodzeń w trakcie leczenia adalimumabem oraz w okresie do 5 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki adalimumabu. **3. Określenie czasu leczenia adalimumabem dzieci i dorosłych w programie** 1) terapia indukcyjna adalimumabem – trwa 12 tygodni; 2) leczenie podtrzymujące adalimumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie (w tym również stwierdzenie konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego związanego z chorobą), jednakże nie dłużej niż 12 miesięcy od momentu podania pierwszej dawki adalimumabu w terapii indukcyjnej. **4. Kryteria wyłączenia dzieci i dorosłych z programu leczenia adalimumabem** W przypadku wystąpienia co najmniej 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) przewlekła niewydolność nerek; 7) przewlekła niewydolność wątroby; 8) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 9) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każda czynna postępująca choroba wątroby; 10) ciąża lub karmienie piersią; 11) rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu;		

12) powikłania wymagające zmiany postępowania (np.radykalnego leczenia operacyjnego- zamykanie przetok może i powinno odbywać się w miarę wskazań klinicznych w trakcie leczenia biologicznego). **5. Zakończenie leczenia dzieci i dorosłych adalimumabem** Zakończenie leczenia w ramach programu następuje w przypadku: 1) brak efektów leczenia; 2) wystąpienie działań niepożądanych leczenia; 3) wystąpienia powikłań wymagających innego specyficznego leczenia. Zakończenie leczenia następuje w przypadku spełnienia przynajmniej jednego kryterium wymienionych w punktach od 1 do 3. W przypadku nietolerancji rozpoczętego leczenia adalimumabem lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuację możliwe jest zastosowanie innego leku z grupy anty-TNF, dopuszczonego w programie lekowym dedykowanym leczeniu choroby Leśniowskiego – Crohna po spełnieniu kryteriów tego programu. W przypadku wystąpienia u pacjenta 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 Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji		

pediatrycznej: 1. Pacjent, u którego zaprzestano podawania 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 adalimumabem, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie. 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.		

Załącznik B.32.a.

LECZENIE CHOROBY LEŚNIOWSKIEGO - CROHNA (chLC) (ICD-10 K 50)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Leczenie choroby Leśniowskiego - Crohna z zastosowaniem infliksymabu – terapia podtrzymująca do 24 miesięcy.		
1. Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna (chLC) infliksymabem u dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia **1.1 Kryteria włączenia** 1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów), przy: a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż infliksymab inhibitorami TNF alfa lub b) występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia lub 2) 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 w skali PCDAI. Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą	**1. Leczenie infliksymabem choroby Leśniowskiego - Crohna u dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia oraz u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia** Dawkowanie infliksymabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO/ESPGHAN.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia infliksymabem** 1) morfologia krwi obwodowej; 2) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 4) poziom kreatyniny w surowicy; 5) białko C-reaktywne; 6) badanie ogólne moczu; 7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 8) antygen HBs; 9) przeciwciała anty HCV; 10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo); 11) stężenie elektrolitów w surowicy; 12) RTG klatki piersiowej; 13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów); 14) obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia / PCDAI u dzieci. **2. Monitorowanie leczenia infliksymabem** W przypadku stosowania infliksymabu w leczeniu indukcyjnym u osób dorosłych, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać, co najmniej po 2 tygodniach od podania trzeciej dawki leku następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i

kontrolę urodzeń w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu. W trakcie kwalifikacji do programu wszyscy chorzy leczeni infliksymabem otrzymują Kartę Ostrzeżeń dla pacjenta przyjmującego infliksymab. Potwierdzenie faktu otrzymania ww. Karty Ostrzeżeń dla pacjenta przechowywane jest w dokumentacji medycznej pacjenta. **1.2 Leczenie podtrzymujące infliksymabem** Co najmniej 2 tygodnie po podaniu trzeciej dawki infliksymabu należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI. Świadczeniobiorcy z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego. Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie PCDAI o 12,5 lub więcej punktów oraz PCDAI niższe niż 30 punktów. **2. Leczenie infliksymabem choroby Leśniowskiego-Crohna u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia.** **2.1 Kryteria włączenia** 1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów) przy: a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż infliksymab inhibitorami TNF alfa lub b) występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia lub 2) obecność przetok okołoodbytowych, które nie zagoiły się pod wpływem antybiotyków i leczenia chirurgicznego w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym		AspAT. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę CDAI przynajmniej, co 16 tygodni. W przypadku stosowania infliksymabu w leczeniu indukcyjnym u dzieci, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać, co najmniej po 2 tygodniach od podania trzeciej dawki leku następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika PCDAI. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę PCDAI przynajmniej co 16 tygodni. **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.

- niezależnie od nasilenia choroby. Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu. **3. Określenie czasu leczenia infliksymabem dzieci i dorosłych w programie** 1) Terapia indukcyjna - 6 tygodni; 2) Leczenie podtrzymujące infliksymabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie jednakże nie dłużej niż 24 miesiące od momentu podania pierwszej dawki w terapii indukcyjnej. **4. Kryteria wyłączenia dzieci i dorosłych z programu leczenia infliksymabem** 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) przewlekła niewydolność nerek; 7) przewlekłą niewydolność wątroby; 8) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 9) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każdą czynną postępującą chorobę wątroby; 10) ciąża lub karmienie piersią; 11) rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu;		

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 dzieci i dorosłych infliksymabem** 1) brak efektów leczenia; 2) wystąpienie działań niepożądanych leczenia; 3) wystąpienia powikłań wymagających innego specyficznego leczenia. Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt. 1-3. Dostępne dane nie uzasadniają dalszego leczenia infliksymabem u dzieci i młodzieży, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 10 tygodni leczenia. W przypadku nietolerancji rozpoczętego leczenia infliksymabem lub wystąpieniu działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuację możliwe jest zastosowanie innego leku z grupy anty-TNF, dopuszczonego w programie lekowym dedykowanym leczeniu choroby Leśniowskiego – Crohna po spełnieniu kryteriów tego programu. W przypadku wystąpienia u pacjenta kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia infliksymabem 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.		

Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji pediatrycznej: 1. Pacjent, u którego zaprzestano podawania infliksymabu, 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, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie. 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 choroby Leśniowskiego - Crohna adalimumabem – terapia podtrzymująca do 12 miesięcy.		

1. Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna (chLC) adalimumabem u dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia **1.1 Kryteria włączenia** 1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów), przy: a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż adalimumab inhibitorami TNF alfa lub b) występowaniu przeciwwskazań medycznych lub działań niepożądanych takiego leczenia lub 2) 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 w skali PCDAI. 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. **1.2 Leczenie podtrzymujące adalimumabem** Co najmniej 2 tygodnie po podaniu ostatniej dawki adalimumabu w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI. Świadczeniobiorcy z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego. Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie PCDAI o 12,5 lub więcej punktów oraz PCDAI niższe niż 30 punktów.	**1. Leczenie adalimumabem choroby Leśniowskiego - Crohna u dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia oraz u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia** Dawkowanie adalimumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO/ESPGHAN.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia adalimumabem** 1) morfologia krwi obwodowej; 2) aminotransferaza alaninowa(AlAT); 3) aminotransferaza asparaginianowa(AspAT); 4) poziom kreatyniny w surowicy; 5) białko C-reaktywne; 6) badanie ogólne moczu; 7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon 8) antygen HBs; 9) przeciwciała anty HCV; 10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo); 11) stężenie elektrolitów w surowicy; 12) RTG klatki piersiowej; 13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów); 14) obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia / PCDAI u dzieci.. **2. Monitorowanie leczenia adalimumabem** 1) W przypadku stosowania adalimumabu w ramach 12 tygodniowej terapii indukcyjnej u osób dorosłych, po upływie 2 tygodni od podania pacjentowi ostatniej dawki leku świadczeniodawca wykonuje u pacjenta następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI. 2) W przypadku stosowania adalimumabu w ramach leczenia podtrzymującego, co najmniej raz na 3 miesiące świadczeniodawca wykonuje u pacjenta następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę CDAI. 3) W przypadku stosowania adalimumabu w leczeniu indukcyjnym u dzieci, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać, co najmniej po 2 tygodniach od podania ostatniej

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia adalimumabem, a ich dotychczasowe leczenie adalimumabem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że: 1) przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu, 2) nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie , 3) nie zachodzą okoliczności o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia. **2. Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia** **2.1 Do programu mogą zostać włączeni pacjenci w przypadku wystąpienia łącznie następujących kryteriów:** 1) Wiek pacjenta: 18 lat i więcej; 2) Ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów) przy: a) braku odpowiedzi na pełny i odpowiedni kurs leczenia kortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż adalimumab inhibitorami TNF alfa lub b) występowaniu przeciwwskazań medycznych lub objawów nietolerancji takiego leczenia lub c) obecności przetok okołoodbytowych, które nie zagoiły się pod wpływem antybiotyków i leczenia chirurgicznego w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym - niezależnie od nasilenia choroby. Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą		dawki leku następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT. 4) Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika PCDAI., 5) W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę PCDAI co najmniej raz na 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 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.

kontrolę urodzeń w trakcie leczenia adalimumabem oraz w okresie do 5 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki adalimumabu. **3. Określenie czasu leczenia adalimumabem dzieci i dorosłych w programie** 1) terapia indukcyjna adalimumabem – trwa 12 tygodni; 2) leczenie podtrzymujące adalimumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie (w tym również stwierdzenie konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego związanego z chorobą), jednakże nie dłużej niż 12 miesięcy od momentu podania pierwszej dawki adalimumabu w terapii indukcyjnej. **4. Kryteria wyłączenia dzieci i dorosłych z programu leczenia adalimumabem** W przypadku wystąpienia co najmniej 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) przewlekła niewydolność nerek; 7) przewlekła niewydolność wątroby; 8) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 9) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każda czynna postępująca choroba wątroby; 10) ciąża lub karmienie piersią; 11) rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu;		

12) powikłania wymagające zmiany postępowania (np.radykalnego leczenia operacyjnego- zamykanie przetok może i powinno odbywać się w miarę wskazań klinicznych w trakcie leczenia biologicznego). **5. Zakończenie leczenia dzieci i dorosłych adalimumabem** Zakończenie leczenia w ramach programu następuje w przypadku: 1) brak efektów leczenia; 2) wystąpienie działań niepożądanych leczenia; 3) wystąpienia powikłań wymagających innego specyficznego leczenia. Zakończenie leczenia następuje w przypadku spełnienia przynajmniej jednego kryterium wymienionych w punktach od 1 do 3. W przypadku nietolerancji rozpoczętego leczenia adalimumabem lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuację możliwe jest zastosowanie innego leku z grupy anty-TNF, dopuszczonego w programie lekowym dedykowanym leczeniu choroby Leśniowskiego – Crohna po spełnieniu kryteriów tego programu. W przypadku wystąpienia u pacjenta 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 Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji pediatrycznej: 1. Pacjent, u którego zaprzestano podawania 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 adalimumabem, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie. 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.		

Załącznik B.33.

LECZENIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM (ICD-10 M 05, M 06, M 08)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW		
1. Kryteria kwalifikacji: 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. 2) Do terapii inhibitorem TNF alfa albo tocilizumabem 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 4 miesiące w	**1. Dawkowanie:** 1) Inhibitory TNF alfa, tocilizumab i rytuksymab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR. 2) Zmiana postaci dożylnej tocilizumabu na podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. 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 stosowania metotreksatu. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu należy rozważyć podawanie adalimumabu, certolizumabu pegol, etanerceptu oraz tocilizumabu łącznie z sulfasalazyną lub leflunomidem w obowiązujących dawkach.	**1. Badania przy pierwszej kwalifikacji do programu:** 1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości; 2) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 3) obecność antygenu HBs; 4) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową; 5) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 6) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 7) EKG z opisem. **2. Badania przy pierwszej, albo kolejnych kwalifikacjach do programu, jeżeli badanie było wykonane wcześniej niż 1 miesiąc (± 14 dni) przed kwalifikacją:** 1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; 2) płytki krwi (PLT);

monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej): 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: – wartość DAS 28 – większa niż 5,1 albo – wartość DAS – większa niż 3,7 albo – wartość SDAI – większa niż 26 lub b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.: – z postacią uogólnioną (Zespół Stilla u dorosłych) lub – z RZS z wtórną amyloidozą lub – z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń. 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: a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem, 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). Zastosowanie trzeciego inhibitora TNF alfa w programach lekowych dotyczących leczenia RZS możliwe jest tylko i		3) odczyn Biernackiego (OB); 4) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 5) stężenie kreatyniny w surowicy; 6) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 7) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 8) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 9) stężenie immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem; 10) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem. **3. Monitorowanie leczenia:** 1) Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem - po 90 dniach (± 14 dni) i 180 dniach (± 28 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: a) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; b) płytki krwi (PLT); c) odczyn Biernackiego (OB); 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 oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.

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. 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, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie		Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni). 2) Monitorowanie terapii rytuksymabem - po 180 dniach (± 28 dni) 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 każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni) od ponownego podania leku. **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 sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

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. 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, 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) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia RZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż pięciu leków biologicznych, 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. 7) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 8) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 9) 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. 10) 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 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) Czas leczenia daną substancją czynną w ramach programu przy pierwszym podawaniu leku biologicznego nie może być dłuższy niż 18 miesięcy, z zastrzeżeniem pkt 5 ppkt 1 w części dotyczącej RZS niniejszego programu. 3) W przypadku czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną dłuższej niż miesiąc z przyczyn uzasadnionych klinicznie, czas leczenia i schemat monitorowania ulega wydłużeniu o okres przerwy w podawaniu leku. 4) Ograniczenie czasu leczenia w programie wynikające z pkt 3 ppkt 2 oraz pkt 4 ppkt 4 nie dotyczy pacjentów leczonych rytuksymabem z uwagi na inny schemat podawania leku i oceny skuteczności, które zostały określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz rekomendacjach EULAR. **4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) nie stwierdzenie po 3 miesiącach (± 14 dni) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu osiągnięcia co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wskaźnikiem DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤3,7, albo SDAI ≤ 26; 2) nie stwierdzenie po 6 miesiącach (± 28 dni) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego osiągnięcia remisji lub niskiej aktywności choroby, gdy osiągnięcie w tym czasie remisji nie jest możliwe.		

Miernikiem niskiej aktywności choroby jest DAS 28 ≤ 3,2 albo DAS ≤2,4, albo SDAI ≤ 11. Miernikiem remisji jest wartość DAS 28 ≤ 2,6 albo DAS ≤1,6, albo SDAI ≤ 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) utrzymywanie się przez okres 12-15 miesięcy remisji lub niskiej aktywności choroby - jeżeli uzyskanie remisji nie było możliwe w ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną przy jej pierwszym podawaniu; 5) 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) jeśli u chorego zaprzestano podawania leków z grupy inhibitorów TNF alfa lub tocilizumabu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby lub remisji i doszło u niego do nawrotu aktywnej choroby w okresie poniżej 12 tygodni, wtedy decyzja o długości leczenia, dawkowaniu i częstości podawania leku biologicznego po nawrocie i ponownym uzyskaniu niskiej aktywności choroby lub remisji, należy do lekarza prowadzącego; 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 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 terapii nie jest możliwe. **5. Kryteria ponownego włączenia do programu:** 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego zastosowanej zgodnie z 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. 2) Nawrót aktywnej choroby stwierdza się gdy, w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia substancji czynnej leku biologicznego, nastąpił wzrost wartości: a) DAS 28 o więcej niż 1,2, tak że jego wartość jest większa niż 3,2 albo b) DAS o więcej niż 1,2, tak że jego wartość jest większa niż 2,4 albo c) SDAI o więcej niż 5, tak że jego wartość jest większa niż 11. 3) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby. 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.		

MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW		
1. Kryteria kwalifikacji: 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. 2) Do programu kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia (do terapii adalimumabem lub tocilizumabem) 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	**1. Dawkowanie:** 1. Adalimumab, etanercept i tocilizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR. 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 z innym, wymienionym w programie lekiem modyfikującym przebieg choroby/immunosupresyjnym w obowiązującej dawce.	**1. Badania przy pierwszej kwalifikacji do programu:** 1) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 2) obecność antygenu HBs; 3) przeciwciała anty-HCV; 4) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 5) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 6) EKG z opisem. **2. Badania przy pierwszej, albo kolejnych kwalifikacjach do programu, jeżeli ostatnie oznaczenie wykonano wcześniej niż 1 miesiąc (± 14 dni) przed podaniem pierwszej dawki substancji czynnej leku biologicznego:** 1) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; 2) płytki krwi (PLT); 3) odczyn Biernackiego (OB); 4) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 5) stężenie kreatyniny w surowicy; 6) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 7) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 8) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 9) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem. **3. Monitorowanie leczenia:**

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 obiema 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 dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym, niezależnie od ilości zajętych stawów. 3) Ponadto do terapii tocilizumabem 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		1) W ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną, wymienione niżej badania należy wykonać nie rzadziej niż co 90 dni (± 14 dni): a) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; 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 oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni). **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 sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie

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^{o}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 ramach programu lekowego, u których: a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub 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). 5) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni tocilizumabem 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		elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych. 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. 7) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 8) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 9) Obowiązujące dawki leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych wynoszą dla: metotreksatu – 10-20 mg/m²/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. 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 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) Czas leczenia daną substancją czynną w ramach programu przy pierwszym podawaniu leku biologicznego nie może być dłuższy niż 24 miesiące, z zastrzeżeniem pkt 5 ppkt 1 w części dotyczącej MIZS niniejszego programu. 3) W przypadku czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną dłuższej niż miesiąc z przyczyn uzasadnionych klinicznie, czas leczenia i schemat monitorowania ulega wydłużeniu o okres przerwy w podawaniu leku. 4) 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 (± 14 dni) 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 terapii – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami układowymi; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona po kolejnych 3 miesiącach (± 14 dni); 3) niespełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 po pierwszych 12 miesiącach (± 28 dni) 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 kolejnych wizyt monitorujących po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni); 5) utrzymywanie się przez okres 12 miesięcy kryteriów poprawy ACR Pediatric 50; 6) 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 (± 28 dni) potwierdzonej badaniem okulistycznym oraz utrzymywanie się istotnej klinicznie poprawy przez okres kolejnych 12 miesięcy; 7) 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; 8) jeśli u chorego zaprzestano podawania leków z grupy inhibitorów TNF alfa lub tocilizumabu z powodu spełnienia i utrzymywania się kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 i doszło u niego do nawrotu aktywnej choroby w okresie poniżej 12 tygodni, wtedy decyzja o długości leczenia, dawkowaniu i częstości podawania leku biologicznego po nawrocie i ponownym spełnieniu kryteriów poprawy ACR Pediatric 50, należy do lekarza prowadzącego; 9) 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 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.		

Załącznik B.35.

LECZENIE ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM (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**
1. Kryteria kwalifikacji: 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. 2) Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria: a) z ustalonym rozpoznaniem ŁZS postawionym na podstawie kryteriów CASPAR, b) z aktywną i ciężką postacią choroby, c) z niezadowalającą odpowiedzią na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS. 3) Kryteria klasyfikacyjne CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej:	**1. Dawkowanie:** Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab i sekukinumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) obecność czynnika reumatoidalnego (RF) (z wyłączeniem testu lateksowego); 2) morfologia krwi; 3) płytki krwi (PLT); 4) odczyn Biernackiego (OB); 5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) stężenie kreatyniny w surowicy; 8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HCV; 13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 15) EKG z opisem; 16) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitis - u pacjentów z postacią osiową.

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, b) dactylitis obecnie lub dodatni wywiad w kierunku dactylitis potwierdzony przez reumatologa – 1 pkt, c) brak czynnika reumatoidalnego (z wyłączeniem testu lateksowego) – 1 pkt, d) typowa dystrofia paznokci (liza paznokcia, objaw naparstka, bruzdowanie, hiperkeratoza) – 1 pkt, e) zmiany radiologiczne stawów dłoni lub stóp charakterystyczne dla ŁZS (okołostawowe tworzenie nowej kości z wyłączeniem osteofitów) – 1 pkt. 4) Aktywna i ciężka postać choroby: a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS (postać z dominującymi objawami zapalnymi ze strony stawów obwodowych oraz przyczepów ścięgnistych) - 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: 1) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC: – liczba obrzękniętych stawów i/lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych - potwierdzone w badaniu USG lub MR) - co najmniej 5 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – liczba tkliwych stawów i/lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 5 łącznie – w		**2. Monitorowanie leczenia:** 1) Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa - po 90 dniach (± 14 dni) i 180 dniach (± 28 dni) 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 każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni). 2) Monitorowanie terapii sekukinumabem - po 120 dniach (± 14 dni) i 210 dniach (± 28 dni) 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 każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni). **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;

dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz – 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 5,1 albo 3) wg DAS: – wartość DAS – większa niż 3,7. 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 na podstawie kryteriów PsARC z zajęciem co najmniej 3 stawów i/lub przyczepów ścięgnistych przy spełnieniu wszystkich pozostałych kryteriów określonych w pkt 1 ppkt 4a)1;		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) 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 ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1 – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, – ból kręgosłupa ≥ 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) Niezadowalająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki definiowana jest jako nieskuteczność leczenia: a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej i ciężkiej 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 4 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 oraz po niepowodzeniu co najmniej jednego miejscowego podania glikokortykosteroidów; b) w przypadku postaci osiowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej i ciężkiej 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 biologicznego 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. **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/GRAPPA/ASAS.		

3. Adekwatna odpowiedź na leczenie: 1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS: a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC: – po 3 miesiącach (± 14 dni) terapii inhibitorem TNF alfa lub po 4 miesiącach (± 14 dni) terapii sekukinumabem 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, – po 6 miesiącach (± 28 dni) terapii inhibitorem TNF alfa lub po 7 miesiącach (± 28 dni) terapii sekukinumabem 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, b) wg DAS 28 lub DAS: – po 3 miesiącach (± 14 dni) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa lub po 4 miesiącach (± 14 dni) od pierwszego podania sekukinumabu uzyskanie co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤ 3,7, – po 6 miesiącach (± 28 dni) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa lub po 7 miesiącach (± 28 dni) od pierwszego podania sekukinumabu uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 3,2 albo DAS ≤ 2,4; 2) w przypadku postaci osiowej ŁZS: a) po 3 miesiącach (± 14 dni) terapii inhibitorem TNF alfa lub po 4 miesiącach (± 14 dni) terapii sekukinumabem zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki		

albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia, b) po 6 miesiącach (± 28 dni) terapii inhibitorem TNF alfa lub po 7 miesiącach (± 28 dni) terapii sekukinumabem 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 czterech leków biologicznych, 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) utrzymywanie się przez okres 12-15 miesięcy niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 1 dla postaci obwodowej oraz pkt 3 ppkt 2 dla postaci osiowej przy pierwszym podawaniu leku biologicznego; 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. **6. Czas leczenia w programie:** 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 2) Czas leczenia daną substancją czynną w ramach programu przy pierwszym podawaniu leku biologicznego nie może być dłuższy niż 18 miesięcy, z zastrzeżeniem pkt 7 niniejszego programu. 3) W przypadku czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną dłuższej niż miesiąc z przyczyn uzasadnionych klinicznie, czas leczenia i schemat monitorowania ulega wydłużeniu o okres przerwy w podawaniu leku. 4) Jeśli u chorego zaprzestano podawania leku z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i doszło u niego do nawrotu aktywnej choroby w okresie poniżej 12 tygodni, wtedy decyzja o długości leczenia, dawkowaniu i częstości podawania leku biologicznego po nawrocie i ponownym uzyskaniu niskiej aktywności choroby, należy do lekarza prowadzącego. 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 3 ppkt 1 dla postaci obwodowej oraz pkt 3 ppkt 2 dla postaci osiowej po 6 miesiącach terapii inhibitorem TNF alfa lub 7 miesiącach terapii sekukinumabem, 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 terapii inhibitorem TNF alfa lub 7 miesiącach terapii sekukinumabem nie jest możliwe. **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 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.		

Załącznik B.36.

LECZENIE CIĘŻKIEJ, AKTYWNEJ POSTACI ZESZTYWNIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK) (ICD-10 M 45)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: 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. 2) Do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających wszystkie poniższe kryteria: a) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroilitis w badaniu RTG, b) z aktywną i ciężką postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie, c) z niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej dwa niesteroidowe leki przeciwzapalne, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez	**1. Dawkowanie:** Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab i sekukinumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości; 2) morfologia krwi; 3) płytki krwi (PLT); 4) odczyn Biernackiego (OB); 5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) stężenie kreatyniny w surowicy; 8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HCV; 13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 15) EKG z opisem; 16) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitis umożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich.

chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii. Niezadowalająca 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 ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1, określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, b) ból kręgosłupa ≥ 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 substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.		**2. Monitorowanie leczenia:** 1) Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa - po 90 dniach (± 14 dni) i 180 dniach (± 28 dni) 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 każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni). 2) Monitorowanie terapii sekukinumabem - po 120 dniach (± 14 dni) i 210 dniach (± 28 dni) 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 każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni). **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 (± 14 dni) terapii inhibitorem TNF alfa lub po 4 miesiącach (± 14 dni) terapii sekukinumabem zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia; 2) po 6 miesiącach (± 28 dni) terapii inhibitorem TNF alfa lub po 7 miesiącach (± 28 dni) terapii sekukinumabem 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.		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.

4) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem. **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) utrzymywanie się przez okres 12-15 miesięcy niskiej aktywności choroby wyrażonej wartością BASDAI < 3 lub ASDAS < 1,3; 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. **6. Czas leczenia w programie:** 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 2) Czas leczenia daną substancją czynną w ramach programu przy pierwszym podawaniu leku biologicznego nie może być dłuższy niż 18 miesięcy, z zastrzeżeniem pkt 7 niniejszego programu. 3) W przypadku czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną dłuższej niż miesiąc z przyczyn uzasadnionych klinicznie, czas leczenia i schemat monitorowania ulega wydłużeniu o okres przerwy w podawaniu leku. 4) Jeśli u chorego zaprzestano podawania leku z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i doszło u niego do nawrotu aktywnej choroby w okresie poniżej 12 tygodni, wtedy decyzja o długości leczenia, dawkowaniu i częstości podawania leku biologicznego po nawrocie i ponownym uzyskaniu niskiej aktywności choroby, należy do lekarza prowadzącego. 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 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 terapii inhibitorem TNF alfa lub 7 miesiącach terapii sekukinumabem nie jest możliwe. 6) 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.		

Załącznik B.37.

LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK (ICD-10 N 18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1.Kryteria kwalifikacji 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; 2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR: a) poniżej 30 ml/min. - u świadczeniobiorców bez cukrzycy albo b) poniżej 45 ml/min. - u świadczeniobiorców z cukrzycą; 3) wiek: a) powyżej 3 roku życia - w przypadku produktów leczniczych zawierających alkohol benzylowy albo b) bez ograniczenia wiekowego - w przypadku pozostałych produktów leczniczych; 4) świadczeniobiorcy niedializowani. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w ust. 3. **3. Kryteria wyłączenia** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciąża;	**1. Dawkowanie** 1) darbepoetyna alfa: a) 10 µg - 1 raz w tygodniu albo b) 20 µg - 1 raz na dwa tygodnie, albo c) 40 µg - 1 raz w miesiącu - iv. lub sc. (średnia dawka tygodniowa/ dwutygodniowa/miesięczna dla świadczeniobiorcy w danym ośrodku prowadzącym program); 2) epoetyna alfa: 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);	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) poziom hemoglobiny; 2) hematokryt; 3) GFR; 4) TSAT; 5) CRP. **2.Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane co 2 tygodnie - po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki: a) poziom hemoglobiny, b) hematokryt; 2) badania wykonywane co najmniej 1 raz w miesiącu - po osiągnięciu stabilnego docelowego Hb/Ht: a) poziom hemoglobiny, b) hematokryt. **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

3) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego; 4) schyłkowa niewydolność nerek.		NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.38.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (PNN) (ICD-10 N 18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1.Kryteria kwalifikacji** 1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m^2/min.; 2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0; 3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulicha i Pyle; 4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 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. **3. Kryteria wyłączenia** 1) inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości; 2) zaburzenia przemian węglowodanowych; 3) choroba nowotworowa, 4) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3cm na rok (nie dotyczy dziewcząt z wiekiem kostnym powyżej 14	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 mg-0,37 mg (1,0-1,1 IU)/kg masy ciała/tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) badania densytometryczne; 3) RTG stawów biodrowych. Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek. **2.Monitorowanie leczenia** **2.1 Co 30 dni** w 3 - 4 stadium choroby: 1) stężenie parathormonu (intact PTH); 2) fosfataza alkaliczna; 3) proteinogram; 4) stężenie glukozy we krwi; 5) stężenie kreatyniny; 6) stężenie mocznika; 7) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-); 8) morfologia krwi z rozmazem; 9) gazometria. **2.2 Co 90 dni** 1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: a) konsultacja urologiczna, b) USG jamy brzusznej, 2) konsultacja dietetyka; 3) w 2 stadium choroby:

lat oraz chłopców z wiekiem kostnym powyżej 16 lat); 5) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 16 lat przez dziewczynkę i powyżej 18 lat przez chłopca.		a) stężenie parathormonu (intact PTH), b) fosfataza alkaliczna, c) proteinogram, d) stężenie glukozy we krwi, e) stężenie kreatyniny, f) stężenie mocznika, g) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-), h) morfologia krwi z rozmazem, i) gazometria. **2.3 Po 90 dniach** 1) stężenie IGF-1. **2.9 Co 365 dni** 1) stężenie triglicerydów; 2) stężenie całkowitego cholesterolu; 3) stężenie IGF-1; 4) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 5) w uzasadnionych przypadkach: a) badania densytometryczne, b) RTG stawów biodrowych, c) konsultacja okulistyczna, d) konsultacja ortopedyczna, e) cystouretografia, 6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej, u innych w zależności od potrzeb: a) konsultacja ortopedyczna, b) RTG/USG stawów biodrowych, c) TK z kontrastem stawów biodrowych, 7) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: a) badanie ogólne moczu, b) posiew moczu.

		Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców PNN. **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.

Załącznik B.39.

LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOŚCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH (ICD-10 N25.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wtórna nadczynność przytarczyc; 2) długotrwałe leczenie hemodializą z powodu schyłkowej niewydolności nerek; 3) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. dla paratyroidektomii); 4) stężenie iPTH > 500pg/ml. **2. Kryteria wyłączenia** 1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation); 2) przeszczepienie nerki; 3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze; 4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia.	**1. Dawkowanie cynakalcetu** 1) Zalecana dawka początkowa cynakalcetu u dorosłych wynosi 30 mg raz na dobę. 2) Dawkę cynakalcetu można zwiększać co 2-4 tygodnie aż do maksymalnej dawki 180 mg raz na dobę w celu osiągnięcia pożądanego stężenia hormonu przytarczyc (PTH) u dializowanych pacjentów, czyli 150-300pg/ml (15,9-31,8 pmol/l) w teście intact PTH (iPTH).	**1. Monitorowanie leczenia** 1) stężenie iPTH - przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące; 2) stężenie w surowicy Ca x P; 3) stężenie wapnia w surowicy; 4) stężenie fosforu w surowicy. **2. 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, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia. Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

Załącznik B.40.

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS (ICD-10 P 07.2, P 07.3, P 27.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW
W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE
W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii w porozumieniu z konsultantem krajowym na podstawie dokumentacji z ośrodka.
Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 października do 30 kwietnia.
Immunizację paliwizumabem przeprowadza się jednorazowo.

1. Kryteria kwalifikacji do leczenia paliwizumabem

1) Do programu kwalifikowani są świadczeniobiorcy którzy:
a) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli pierwszego roku życia i spełniają następujące kryteria:
i. wiek ciążowy ≤ 28 tygodni (ICD-10 P07.2, P07.3)
lub
ii. dysplazja oskrzelowo-płucna (ICD-10 P27.1)
b) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli szóstego miesiąca życia i spełniają kryterium:
i. wiek ciążowy 29 - 32 tygodni (ICD-10 P07.3).
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.</td>
<td>1. Dawkowanie paliwizumabu

Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji

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.

2. Monitorowanie leczenia

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.

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</td>
</tr>
</table>

2. Określenie czasu leczenia w programie 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. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakikolwiek ze składników występujących w preparacie; 2) objawy nadwrażliwości na inne humanizowane przeciwciała monoklonalne; 3) brak zgody pacjenta.		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.41.

LECZENIE ZESPOŁU PRADER – WILLI (ICD10 Q87.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do Programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym; 2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia; 3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców; 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); 5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów; 7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu); 8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób;	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 30 dniach** 1) konsultacja laryngologiczna. **2.2 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) konsultacja laryngologiczna, następne w zależności od potrzeb. **2.3 Co 90 dni** 1) konsultacja dietetyka; 2) konsultacja rehabilitanta. **2.4 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT4. 4) jonogram w surowicy krwi. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi. **2.5 Co 365 dni** 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u

9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 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 któregokolwiek z kryteriów wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą; 2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii; 3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego; 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); 5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów; 6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu.		dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb); 2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego: a) konsultacja kardiologiczna, b) USG serca, 3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego; 5) pomiar stężeń triglicerydów; 6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 7) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 8) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1C}); 10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 11) pomiar stężenia IGF-1; 12) konsultacja laryngologiczna; 13) konsultacja ortopedyczna; 14) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 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); 16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu: a) konsultacja nefrologiczna, b) konsultacja urologiczna, c) USG jamy brzusznej,

		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.

Załącznik B.42.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z ZESPOŁEM TURNERA (ZT) (ICD-10 Q 96)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY I SUBSTANCJE CZYNNE STOSOWANE W RAMACH PROGRAMU	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**KWALIFIKACJA I BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) stygmaty Zespołu Turnera; 2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich; 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; 4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego; 7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds.	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1. **2.2 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1C} lub co 365 dni: 2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii. **2.3 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT_4; 4) jonogram w surowicy krwi. **2.4 Co 365 dni** 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia); 2) konsultacja kardiologiczna, USG serca (dotyczy dzieci z wadami układu sercowo-naczyniowego);

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 śródręcza 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.

Załącznik B.43.

LECZENIE WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B U ŚWIADCZENIOBIORCÓW PO PRZESZCZEPACH LUB U ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z CHŁONIAKAMI, LECZONYCH RYTUKSYMABEM (ICD-10 B 18, W TYM B 18.0, B 18.1, B 18.8, B 18.9; B 19 W CAŁOŚCI; C 82; C 83; Z 94)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1.1 Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy po zabiegu transplantacji narządu, u których wykrywa się przeciwciała anty-HBc total, a nie stwierdza się HBs Ag i HBV DNA. 1.2. Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy z rozpoznaniem chłoniaka, leczeni rytuksymabem, z wykrywalnymi przeciwciałami HBc total (HBs Ag ujemny, HBV DNA ujemny) i wykrywalnymi przeciwciałami HBc total (HBs Ag dodatni, HBV DNA ujemny). **2. Określenie czasu leczenia w programie** U pacjentów z rozpoznanym chłoniakiem, leczonych rytuksymabem, lamiwudyna stosowana jest przez okres leczenia rytuksymabem oraz nie dłużej niż trzy miesiące od jego zakończenia. W przypadku pacjentów po przeszczepach, terapię można stosować bez ograniczeń czasowych.	**1. Lamiwudyna** - tabletki po 100 mg - raz dziennie 1 tabletka.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie przeciwciał anty-HBc total; 2) oznaczenie antygenu HBs; 3) poziom wiremii HBV DNA; 4) morfologia krwi; 5) oznaczenie poziomu transaminaz. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Co 3 miesiące: a) oznaczenie poziomu ALAT i AspAT; 2) Co 12 miesięcy: a) oznaczenie antygenu HBs; b) poziom wiremii HBV DNA. **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 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.44.

LECZENIE CIĘŻKIEJ ASTMY ALERGICZNEJ IGE ZALEŻNEJ (ICD-10 J 45.0) ORAZ CIĘŻKIEJ ASTMY EOZYNOFILOWEJ (ICD-10 J 45)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IGE zależnej omalizumabem

1.1. Kryteria włączenia do programu:
1) pacjenci powyżej 12 roku życia z ciężką, niekontrolowaną alergiczną astmą oskrzelową (wg aktualnych wytycznych GINA) z alergią na alergeny całoroczne potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE;
2) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, pochodna teofiliny);
3) częste stosowanie doustnych glikokortykosteroidów w przeszłości, w tym w okresie ostatnich 6 miesięcy;
4) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml;
5) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności in vitro (RAST) na alergeny całoroczne u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml;
6) spełnienie co najmniej 3 z poniższych kryteriów:
a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt),</td>
<td>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IGE zależnej omalizumabem

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.

Szczegółowy schemat dawkowania określony na podstawie wyjściowego stężenia IgE (j.m./ml), oznaczanego przed rozpoczęciem leczenia oraz masy ciała pacjenta (kg) należy odczytać z tabel dawkowania zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po każdym następnym podaniu pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.</td>
<td>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IGE zależnej omalizumabem

1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:
1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);
2) test RAST (opcjonalnie);
3) pomiar masy ciała;
4) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej);
5) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień);
6) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);
7) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;
8) morfologia krwi i badania biochemiczne:
a) stężenie kreatyniny,
b) stężenie mocznika,
c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</td>
</tr>
</table>

b) 3 lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u osób, które stosują je przewlekle, c) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, d) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, e) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <60% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), f) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę AQLQ<5.0 punktów), 7) masa ciała 20-150 kg; 8) niepalenie tytoniu; 9) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy. **1.2. Przeciwwskazania do stosowania omalizumabu:** 1) nadwrażliwość na omalizumab lub substancje pomocnicze; 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) – do 6 miesięcy od zakończenia terapii **1.3. Kryteria wyłączenia:**	**2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem** Mepolizumab podawany jest w dawce 100 mg podskórnie co 4 tygodnie. Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po każdym następnym podaniu pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.	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 każdym podaniem leku zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz w okresie zawieszenia – co 4-6 tygodni:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (co 4 tygodnie w okresie leczenia, co 4-6 tygodni w okresie zawieszenia); 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. **1.3. Monitorowanie leczenia:** **Po 16, 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 (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, - ważność testu – 1 tydzień);

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 ≥ 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 AQLQ o ≥ 0,5 punktu (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem); – zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu o ≥ 5 mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem); 3) palenie tytoniu; 4) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków; 5) podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi; 6) wystąpienie któregokolwiek z przeciwskazań do stosowania omalizumabu; 7) ciąża lub karmienie piersią. **1.4. Określenie czasu leczenia w programie:** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia. Po upływie 24 miesięcy leczenie omalizumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany		2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, - ważność testu – 2 tygodnie); 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 4) morfologia krwi i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie mocznika, c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), d) stężenie AIAT, e) stężenie AspAT, 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 przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem** **2.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie):

w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku. 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. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumaebm o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. **2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem** **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 ≥350 komórek/µl 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) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, pochodna teofiliny, 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;		a) stężenie kreatyniny, b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), 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 AQLQ – ważność testu 1 tydzień; 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 każdym podaniem mepolizumabu zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz w okresie zawieszenia leczenia – co 4-6 tygodni:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu, 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ; 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę AQLQ;

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 AQLQ<5,0 punktów), mimo stosowanego leczenia; 6) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii; 7) deklaracja pacjenta dot. niepalenia tytoniu; 8) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 9) Wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc. **2.2. Przeciwwskazania do stosowania mepolizumabu:** 1) nadwrażliwość na mepolizumab 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) – do 6 miesięcy od zakończenia terapii. **2.3. Kryteria wyłączenia:** 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 2.1. 3) w okresie leczenia mepolizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii mepolizumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS (nieprzerwanie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o <= 30%; 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);		**2.3. 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; 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 AQLQ – ważność testu 1 tydzień. **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. **3. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

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)); 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę (spadek AQLQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem)); 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 któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania mepolizumabu; 10) ciąża; 11) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie- zawiesić leczenie mepolizumabem 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 leczenie mepolizumabem zostaje zawieszone. 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. U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie mepolizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii mepolizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.		2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych (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.46.

LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO (ICD-10 G 35)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia fingolimodem w ramach programu: Do leczenia substancją czynną fingolimod kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1.1, 1.2 i 1.3 albo 1.1, 1.2 i 1.4: 1.1. Wiek od 18 roku życia; 1.2. Rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego (RRMS) - oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda (2010), włącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po kontraście, w którym w okresie kwalifikacji w obrazie T-2 zależnym stwierdzono obecność co najmniej 9 zmian lub obecność co najmniej 1 zmiany po wzmocnieniu gadolinem; 1.3. Pacjenci, u których stwierdza się brak odpowiedzi na pełny, minimum roczny cykl leczenia interferonem beta lub PEG-interferonem beta-1a lub octanem glatirameru lub fumaranem dimetylu lub teryflunomidem, definiowany jako spełnienie obu poniższych warunków: 1) liczba i ciężkość rzutów: a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami (wzrost EDSS o 1 do 2 pkt lub wzrost o 2 pkt w zakresie jednego lub dwóch układów	**1. Fingolimod** Substancja czynna finansowana w ramach programu: chlorowodorek fingolimodu Postać farmaceutyczna, dawka: kapsułka twarda 0.5 mg. Zalecane dawkowanie fingolimodu to 0.5 mg doustnie raz na dobę. **2. Natalizumab** Substancja czynna finansowana w ramach programu: natalizumab Postać farmaceutyczna, dawka: koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 300 mg natalizumabu. Zalecane dawkowanie natalizumabu to 300 mg dożylnie, we wlewie kroplowym 100 ml 0,9% NaCl co 4 tygodnie.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia fingolimodem:** 1.1. Badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby; 1.2. Morfologia krwi z rozmazem; 1.3. Rezonans magnetyczny z kontrastem; rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte do 60 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku; 1.4. Konsultacja kardiologiczna przed włączeniem leczenia fingolimodem 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; 1.5. Konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka; 1.6. 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 fingolimodem; 1.7. U kobiet w wieku reprodukcyjnym – test ciążowy, który musi być negatywny przed rozpoczęciem leczenia fingolimodem; 1.8. Konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia.

funkcjonalnych, lub o 1 pkt w zakresie czterech lub większej liczby układów funkcjonalnych) lub b) 1 ciężki rzut po 6 miesiącach leczenia (wzrost w EDSS większy niż w definicji rzutu umiarkowanego); 2) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych: a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+), b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2. 1.4. Szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry: a) co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność (w czasie rzutu wzrost EDSS o minimum 2 pkt) b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego - więcej niż jedna nowa zmiana GD(+) lub - więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2 (w sumie nie mniej niż 9 zmian); Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na moment ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia i spełniają pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **2. Przeciwwskazania bezwzględne do stosowania fingolimodu:** Przeciwwskazaniem do leczenia fingolimodem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) Pacjenci ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zakażeń oportunistycznych, w tym:	Przerywając podawanie natalizumabu przed zastosowaniem alternatywnego leczenia należy uwzględnić, że natalizumab utrzymuje się we krwi i jego działania farmakodynamiczne trwają przez około 12 tygodni po podaniu ostatniej dawki.	Ponadto pacjenci włączeni do leczenia fingolimodem powinni obligatoryjnie zapoznać się z materiałami edukacyjnymi dostarczonymi przez producenta leku w ramach tzw. „planu zarządzania ryzykiem” i potwierdzić ten fakt pisemnie w dokumentacji medycznej. **2. Inicjacja leczenia:** 2.1. Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej, gdzie istnieje możliwość ciągłego monitorowania zapisu EKG, oraz pilnej hospitalizacji w razie konieczności leczenia zaburzeń rytmu lub w razie konieczności leczenia zaburzeń przewodzenia. Wszyscy pacjenci w dniu inicjacji leczenia muszą być poddani 6-godzinnej ciągłej obserwacji w kierunku potencjalnie mogących wystąpić zaburzeń rytmu lub przewodzenia; 2.2. W toku opisanej inicjacji wykonuje się badania: 1) Badanie EKG z 12 odprowadzeniami oraz pomiar ciśnienia tętniczego bezpośrednio przez podaniem leku oraz po 6 godzinach od momentu podania leku; 2) Ciągłe monitorowanie EKG w czasie rzeczywistym (z użyciem kardiomonitora) w trakcie 6-godzinnej obserwacji po pierwszej dawce leku; 3) Pomiary ciśnienia tętniczego krwi i tętna co godzinę do zakończenia obserwacji, których wyniki musza być odnotowane w dokumentacji pacjenta; 4) W razie wystąpienia zaburzeń rytmu lub przewodzenia konieczne może być wykonanie dodatkowego badania EKG oraz przedłużenie monitorowania EKG do dnia następnego lub włączenie leczenia farmakologicznego; 5) W przypadku pacjentów z kardiologicznymi czynnikami ryzyka zdefiniowanymi w przeciwwskazaniach względnych obowiązkowa jest obserwacja do następnego dnia po

a) pacjenci z rozpoznanym zespołem niedoboru odporności, b) osoby przyjmujące aktualnie leki immunosupresyjne, c) pacjenci ze zmniejszoną odpornością powstałą w wyniku wcześniejszego leczenia immunosupresyjnego; 2) Ciężkie aktywne zakażenia oraz aktywne przewlekłe zakażenia w szczególności zapalenie wątroby, gruźlica; 3) Rozpoznane czynne choroby nowotworowe, z wyjątkiem pacjentów z rakiem podstawnokomórkowym skóry; 4) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopnia C wg Child-Pugh); 5) Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 6) Pacjenci z chorobą niedokrwienną serca, chorobą węzła zatokowego, wywiadem w kierunku zawału serca oraz leczeni lekami antyarytmicznymi klasy Ia lub III; 7) Pacjenci, którzy nie przebyli ospy wietrznej lub nie zostali przeciw niej zaszczepieni i nie występują u nich przeciwciała przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (Varicella-Zoster virus, VZV); 8) Pacjenci z wtórnie postępującą postacią choroby. **3. Przeciwwskazania względne do stosowania:** Nie zaleca się stosowania fingolimodu: 1) U pacjentów spełniających co najmniej jedno kryterium z niżej wymienionych: a) blok drugiego stopnia typu Mobitz II lub blok przedsionkowo-komorowy wyższego stopnia; b) blok zatokowo-przedsionkowy; c) istotne wydłużenie QT (QTc>470 milisekund u kobiet lub>450 milisekund u mężczyzn);		włączeniu leczenia fingolimodem. U takich pacjentów konieczne jest przeprowadzenie konsultacji kardiologicznej przed planowanym włączeniem leczenia, a w przypadku pacjentów leczonych lekami zwalniającymi akcję serca zaleca się o ile jest to możliwe zmianę leczenia na takie, które nie powoduje zwolnienia akcji serca. Identyczną procedurę monitorowania należy przeprowadzić również u pacjentów, u których doszło do przerwy w podawaniu fingolimodu trwającej dłużej niż 14 dni; 6) W przypadku wystąpienia istotnego wpływu na układ krążenia, obserwację pacjenta należy przedłużyć do czasu jego ustąpienia, nie krócej jednak niż do następnego dnia. Kryteria przedłużenia obserwacji obejmują: a) wystąpienie w dowolnym momencie podczas 6-godzinnego okresu monitorowania pacjenta po podaniu pierwszej dawki fingolimodu bloku serca III stopnia, b) obecność poniższych objawów w momencie zakończenia 6-godzinnej obserwacji: - akcja serca poniżej 45 uderzeń na minutę, - wydłużenie odstępu QT >500 milisekund, - utrzymujący się nowo rozpoznany blok serca II stopnia typu Mobitz I lub blok przedsionkowo-komorowy wyższego stopnia. U takich pacjentów konieczna jest konsultacja kardiologiczna (bądź internistyczna) celem oceny bezpieczeństwa dalszego leczenia fingolimodem. W razie wątpliwości należy rozważyć zmianę terapii. **3. Monitorowanie leczenia:** 1) Badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a

d) wywiad w kierunku objawowej bradykardii lub nawracających omdleń; e) choroba naczyń mózgowych; f) wywiad w kierunku zastoinowej niewydolności krążenia; g) wywiad w kierunku zatrzymania krążenia; h) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze; i) ciężki zespół bezdechu sennego; j) obrzęk plamki żółtej. Ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia obrzęku plamki żółtej lek należy stosować ostrożnie u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy oraz zapalenia błony naczyniowej oka. 2) U pacjentów przyjmujących następujące leki przeciwarytmiczne lub zwalniające rytm serca: a) leki beta-adrenolityczne; b) antagoniści kanału wapniowego zwalniający akcję serca (np. werapamil, diltiazem lub iwabradyna); c) inne substancje mogące zwalniać akcję serca (np. digoksyna, antagoniści cholinoesterazy lub pilokarpina). **4. Kryteria wyłączenia:** Kryterium wyłączenia z leczenia fingolimodem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) Rezygnacja pacjenta 2) Ciąża; 3) Spełnienie kryteriów nieskuteczności leczenia zawartych w pkt 5; 4) Utrzymujący się, spadek liczby limfocytów poniżej 0.2 x 10^9/l; 5) Utrzymujące się i niebędące wynikiem innego procesu chorobowego zwiększenie aktywności aminotransferaz		następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych; 2) Rezonans magnetyczny z kontrastem – po każdych 12 miesiącach leczenia; 3) Konsultacja okulistyczna 3-4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie zależnie od opinii okulisty, jednak nie rzadziej niż raz w roku; 4) Konsultacja okulistyczna jest konieczna również w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia fingolimodem; 5) Okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 6) Konsultacja dermatologiczna po każdych 12 miesiącach leczenia. **4. Badania przy kwalifikacji do leczenia natalizumabem:** 4.1. Morfologia krwi z rozmazem; 4.2. Badania biochemiczne krwi, w tym oceniające funkcję nerek i wątroby; 4.3. Badanie ogólne moczu; 4.4. Test ciążowy w moczu; 4.5. Rezonans magnetyczny bez i po podaniu kontrastu w okresie nie dłuższym niż 60 dni do podania leku, wg ustalonej metodologii (natężenie pola skanera ≥1,0 T, grubość przekroju ≤5 mm, bez przerw, sekwencje: FLAIR, TSE PD/T2, SE T1); 4.6. Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS; 4.7. Wykonanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML. Ponadto w ramach Planu Zarządzania Ryzykiem lekarze przepisujący produkt leczniczy zawierający natalizumab otrzymują pakiet dla lekarza zawierający:

wątrobowych powyżej pięciokrotności górnej granicy normy lub zwiększenie stężenia bilirubiny w surowicy; 6) Wystąpienie innych zdarzeń niepożądanych związanych z leczeniem, niepoddających się rutynowemu postępowaniu; 7) Przejście w postać wtórnie postępującą. **5. Określenie czasu leczenia w programie:** Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza się po każdych pełnych 12 miesiącach terapii. U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię fingolimodem można przedłużać o kolejne 12 miesięcy. Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby, zależy od decyzji lekarza. W przypadku wystąpienia, w początkowym okresie leczenia, objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego, dopuszcza się w ramach programu zamianę na lek o innym mechanizmie działania. Przesłanki do zmiany terapii, wymienione w poprzednim zdaniu nie są tożsame z brakiem skuteczności wdrożonego leczenia. Za brak skuteczności leczenia fingolimodem, uzasadniający zmianę leczenia lub przerwanie leczenia, przyjmuje się wystąpienie jednej z poniższych sytuacji: 1) Przejście w postać wtórnie postępującą lub 2) Wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów: a) liczba i ciężkość rzutów: - 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami (wzrost EDSS o 1 do 2 pkt lub wzrost o 2 pkt w zakresie jednego lub dwóch układów funkcjonalnych lub o 1 pkt w zakresie czterech lub większej liczbie układów funkcjonalnych) lub		- Charakterystykę Produktu Leczniczego oraz Ulotkę dla Pacjenta, - Informację dla lekarza o produkcie leczniczym zawierającym natalizumab, - Kartę Ostrzegawczą Pacjenta, - formularz wdrożenia i kontynuacji leczenia, - pacjenci włączenie do programu muszą otrzymać kartę ostrzegawczą pacjenta i kopię formularza rozpoczęcia terapii. Potwierdzenie otrzymania kopii formularza i karty ostrzegawczej pacjenta pozostaje w dokumentacji medycznej. **5. Monitorowanie leczenia:** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe, ze szczególnym uwzględnieniem stanu psychicznego i funkcji poznawczych, przed każdym podaniem leku oraz w sytuacji pojawienia się nowych objawów; 2) badania laboratoryjne, w tym: morfologia krwi z rozmazem, badania funkcji nerek, wątroby; 3) badanie ogólne moczu co 3 miesiące w ciągu pierwszego roku, a następnie co 6 miesięcy lub w razie wskazań medycznych; 4) MRI bez i po podaniu kontrastu po każdych 12-tu miesiącach leczenia; W przypadku pacjentów z wyższym ryzykiem wystąpienia PML należy rozważyć częstsze badania MRI (np. co 3-6 miesięcy), z zastosowaniem skróconej sekwencji. Do takich pacjentów należą: - pacjenci z wszystkimi trzema czynnikami ryzyka PML (tj. z obecnością przeciwciał anty-JCV **oraz** stosujący leczenie produktem TYSABRI od ponad 2 lat **oraz** wcześniej stosujący leki immunosupresyjne), lub

- 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia (wzrost EDSS większy niż w definicji rzutu umiarkowanego), b) progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej: - 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5, - 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0; c) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych: - więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+), - więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2. **6. Kryteria przedłużenia leczenia o kolejne 12 miesięcy:** Leczenie może zostać przedłużone o kolejne 12 miesięcy, jeżeli zostaną spełnione 2 z 3 niżej wymienionych kryteriów: 1) liczba i ciężkość rzutów: - brak rzutów lub rzuty łagodne (wzrost EDSS w trakcie rzutu o 0.5 pkt lub o 1 pkt w zakresie jednego do trzech układów funkcjonalnych) lub - 1 rzut umiarkowany (wzrost EDSS w trakcie rzutu o 1 do 2 pkt lub 2 pkt w zakresie jednego do dwóch układów funkcjonalnych lub o 1 pkt w czterech lub większej liczbie układów funkcjonalnych) lub 2) brak progresji choroby w okresie ostatniego roku leczenia: różnica w skali EDSS poniżej 1 pkt; 3) brak wyraźnych cech aktywności i progresji choroby w badaniu MRI z podaniem kontrastu (nie więcej niż jedna nowa zmiana Gd+ lub dwie nowe zmiany w sekwencji T2).		- pacjenci z wysokim wskaźnikiem przeciwciał anty-JCV, leczeni produktem TYSABRI od ponad 2 lat i którzy wcześniej nie otrzymywali leków immunosupresyjnych. Z dostępnych danych wynika, że ryzyko rozwoju PML jest niskie przy wskaźniku ≤0,9 i znacząco wzrasta dla wartości powyżej 1,5 u pacjentów leczonych produktem TYSABRI przez dłużej niż 2 lata 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 rozważyc zakończenie leczenia natalizumabem **6. Specjalne środki ostrożności:** 1) Stosowanie natalizumabu wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia PML lub JCV GCN – oportunistycznego zakażenia wywoływanego przez wirusa JC. Lekarz powinien być szczególnie wyczulony na objawy sugerujące PML lub JCV GCN, których pacjent może nie dostrzegać (np. objawy zaburzenia funkcji poznawczych lub psychiczne lub zespół móżdżkowy). Pacjenci z wyższym ryzykiem wystąpienia PML to: -pacjenci z wszystkimi trzema czynnikami ryzyka PML (tj. z obecnością przeciwciał anty-JCV **oraz** stosujący leczenie produktem TYSABRI od ponad 2 lat **oraz** wcześniej stosujący leki immunosupresyjne);

7. Kryteria kwalifikacji do leczenia natalizumabem w ramach programu: Do leczenia substancją czynną natalizumab kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 7.1. Wiek od 12 roku życia; 7.2. Rozpoznanie postaci rzutowej (nawracająco-ustępującej) stwardnienia rozsianego – oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda (2010) i spełnianie kryteriów określonych w pkt. 7.3. albo pkt.7.4.; 7.3. Pacjenci, u których stwierdza się brak skuteczności terapii leczenia interferonem beta lub PEG-interferonem beta-1a lub octanem glatirameru lub fumaranem dimetylu lub teryflunomidem po minimum 12-tu miesiącach terapii, definiowany jako spełnienie obu poniższych warunków: 1) liczba i ciężkość rzutów: a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami (wzrost EDSS o 1 do 2 pkt lub wzrost o 2 pkt w zakresie jednego lub dwóch układów funkcjonalnych lub o 1 pkt w czterech lub większej liczbie układów funkcjonalnych) lub b) 1 ciężki rzut po 6 miesiącach wymagający leczenia sterydami (wzrost w EDSS większy niż w definicji rzutu umiarkowanego 2) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach gdy stwierdza się jedno z poniższych: a) więcej niż jedna nowa zmiana GD(+) b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2 (w sumie nie mniej niż 9 zmian); 7.4. Szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry :		-pacjenci z wysokim wskaźnikiem przeciwciał anty-JCV, leczeni produktem TYSABRI od ponad 2 lat i którzy wcześniej nie otrzymywali leków immunosupresyjnych. 2) Pacjentom, ich partnerom/partnerkom oraz opiekunom należy również przekazać informacje na temat wczesnych podmiotowych objawów PML a także uprzedzić ich, że objawy mogą wystąpić podczas leczenia produktem TYSABRI, a także w okresie około 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki produktu TYSABRI 3) Jeśli u pacjenta rozwinie się PML lub JCV GCN, podawanie natalizumabu trzeba przerwać na stałe W celu oszacowania ryzyka przed lub w trakcie leczenia natalizumabem, badanie na obecność przeciwciał anty-JCV może dostarczyć wspierających informacji, niemniej jednak, u pacjentów z ujemnym mianem przeciwciał anty-JCV może nadal występować ryzyko PML z powodów takich jak nowa infekcja JCV, wahania poziomu przeciwciał lub fałszywie ujemny wynik badania Przed rozpoczęciem leczenia natalizumabem wymagane jest niedawne badanie MRI, jako obraz odniesienia, a następnie powtarzanie tego badania co roku w celu aktualizacji obrazu odniesienia. Należy regularnie monitorować pacjentów Należy szczególnie monitorować pacjentów z grup podwyższonego ryzyka wystąpienia PML. 4) Po 2 latach należy ponownie poinformować pacjenta o zagrożeniach związanych z leczeniem natalizumabem. Pacjenci włączeni do programu muszą otrzymać kartę ostrzegawczą pacjenta i kopię formularza kontynuacji leczenia. Potwierdzenie otrzymania kopii formularza i karty ostrzegawczej pacjenta pozostaje w dokumentacji medycznej. W przypadku podejrzenia PML lub JCV GCN należy wstrzymać dalsze podawanie leku do czasu wykluczenia PML lub JCV GCN. Lekarz powinien ocenić pacjenta i określić,

a) liczba i ciężkość rzutów: - co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność (w czasie rzutu wzrost EDSS o minimum 2 pkt) b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego - więcej niż jedna nowa zmiana GD(+) lub - więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2 (w sumie nie mniej niż 9 zmian); 7.5. Zapoznanie się przez pacjenta z ustną i pisemną informacją dotyczącą programu. Podpisanie formularza świadomej zgody przez pacjenta i lekarza prowadzącego. Jeden komplet dokumentów pozostaje w Ośrodku, drugi zostaje przekazany pacjentowi; 7.6. Przekazanie i potwierdzenie otrzymania karty pacjenta; Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na moment ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia i spełniają pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **8. Przeciwskazania do stosowania natalizumabu:** U pacjentów spełniajacych conajmniej jedno kryterium z poniżej wymienionych: 1) Wiek poniżej 12 roku życia; 2) Ciąża i karmienie piersią; 3) Postać wtórnie postępująca i pierwotnie postępująca SM; 4) Skojarzenie z interferonem beta, octanem glatirameru; 5) Zwiększone ryzyko zakażeń oportunistycznych, w tym pacjenci z upośledzoną odpornością (obecnie leczeni lekami immunosupresyjnymi lub z upośledzoną		czy objawy wskazują na dysfunkcję neurologiczną. W potwierdzonych przypadkach lekarz powinien stwierdzić, czy objawy są typowe dla stwardnienia rozsianego, czy wskazują na możliwe rozpoznanie PML lub JCV GCN. W razie wątpliwości należy rozważyć dalszą diagnostykę, w tym badanie MRI, najlepiej z podaniem kontrastu (dla porównania z wynikiem MRI sprzed leczenia), badanie płynu mózgowo-rdzeniowego w kierunku DNA wirusa JC oraz powtórne badanie neurologiczne. 5) Po wykluczeniu przez lekarza PML lub JCV GCN (jeśli to konieczne, przez powtórzenie badań klinicznych, obrazowych i laboratoryjnych, gdy nadal istnieje podejrzenie kliniczne) można wznowić leczenie natalizumabem. **7. 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.

odpornością z powodu wcześniej stosowanej terapii, np. mitoksantronem lub cyklofosfamidem). W przypadku braku zaburzeń odporności dopuszczalne jest leczenie po upłynięciu 6-ciu miesięcy od podania ostatniej dawki leku immunosupresyjnego; 6) Przeciwwskazania do wykonania rezonansu magnetycznego. **9. Kryteria wyłączenia:** Kryterium wyłączenia z leczenia natalizumabem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów 1) Rezygnacja pacjenta; 2) Ciąża. 3) Nieprzestrzeganie zasad leczenia- pominięcie dwóch kolejnych dawek; 4) Postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia (PML); a) w przypadku podejrzenia PML wstrzymanie podawania leku do czasu jego wykluczenia, b) w przypadku potwierdzenia PML trwałe odstawienie leku. 5) Brak stabilizacji lub postęp choroby pomimo leczenia (dwa rzuty wymagające sterydoterapii lub pogorszenie o 2 punkty w EDSS w ciągu roku); 6) Reakcje nadwrażliwości przy podaniu leku; 7) Nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych związane z leczeniem natalizumabem (powyżej 3 górna granica normy); 8) Nowotwory złośliwe; 9) Inne zakażenia oportunistyczne. **10. Określenie czasu leczenia w programie:**		

Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza się po każdych pełnych 12 miesiącach terapii. U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię natalizumabem można przedłużać o kolejne 12 miesięcy. Z uwagi na podwyższone ryzyko PML, lekarz specjalista i pacjent powinni ponownie po 2 latach indywidualnie rozważyć korzyści i ryzyko leczenia natalizumabem. Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby, zależy od decyzji lekarza. W przypadku wystąpienia, w początkowym okresie leczenia, objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego, dopuszcza się w ramach programu, zamianę na lek o innym mechanizmie działania. Przesłanki do zmiany terapii, wymienione w poprzednim zdaniu, nie są tożsame z brakiem skuteczności wdrożonego leczenia. Za brak skuteczności leczenia natalizumabem, uzasadniający zmianę leczenia lub przerwanie leczenia, przyjmuje się wystąpienie jednej z poniższych sytuacji: 1) Przejście w postać wtórnie postępującą; 2) Wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów: a) liczba i ciężkość rzutów: - 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami (wzrost EDSS o 1 do 2 pkt lub wzrost o 2 pkt w zakresie jednego lub dwóch układów funkcjonalnych lub o 1 pkt w zakresie czterech lub większej liczbie układów funkcjonalnych) lub - 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia (wzrost w EDSS większy niż w definicji rzutu umiarkowanego),		

b) progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej: - 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5, - 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0; c) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych: - więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+), - więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2. **11. Kryteria przedłużenia leczenia o kolejne 12 miesięcy:** Leczenie może zostać przedłużone o kolejne 12 miesięcy, jeżeli zostaną spełnione 2 z 3 niżej wymienionych kryteriów: 1) liczba i ciężkość rzutów: - brak rzutów lub rzuty łagodne (wzrost EDSS w trakcie rzutu o 0.5 pkt lub o 1 pkt w zakresie jednego do trzech układów funkcjonalnych) lub - 1 rzut umiarkowany (wzrost EDSS w trakcie rzutu o 1 do 2 pkt lub 2 pkt w zakresie jednego do dwóch układów funkcjonalnych lub o 1 pkt w czterech lub większej liczbie układów funkcjonalnych) lub 2) brak progresji choroby w okresie ostatniego roku leczenia: różnica w skali EDSS poniżej 1 pkt; 3) brak wyraźnych cech aktywności i progresji choroby w badaniu MRI z podaniem kontrastu (nie więcej niż jedna nowa zmiana Gd+ lub dwie nowe zmiany w sekwencji T2).		

Załącznik B.47.

LECZENIE UMIARKOWANEJ I CIĘŻKIEJ POSTACI ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ (ICD-10 L 40.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
A. Kryteria kwalifikacji: **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 Plackowatej, 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 Plackowatej, 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 kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) pacjenci w wieku: a) 18 lat i powyżej albo b) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem; 2) pacjenci: a) z ciężką postacią łuszczycy plackowatej albo b) z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy plackowatej – w przypadku kwalifikacji do terapii infliksymabem,	**A. Dawkowanie:** **1.** Dorośli: **Infliksymab:** Dawkę 5 mg/kg masy ciała należy podawać w infuzji dożylnej w tygodniach 0,2,6, a następnie co 8 tygodni. **Adalimumab:** Dawka początkowa adalimumabu u dorosłych pacjentów wynosi 80 mg podskórnie, a następnie po upływie jednego tygodnia od podania dawki początkowej stosuje się dawkę 40 mg podskórnie co drugi tydzień. **Etanercept:** Dawkę 25 mg podawać dwa razy w tygodniu podskórnie lub 50 mg raz w tygodniu. W uzasadnionych przypadkach można stosować dawkę 50 mg dwa razy w tygodniu przez okres do 12 tygodni, a następnie w przypadku uzyskania pozytywnej odpowiedzi na leczenie kontynuować podawanie dawki 25 mg dwa razy w tygodniu lub 50 mg raz w tygodniu. **Sekukinumab:**. Zalecana dawka to 300 mg sekukinumabu we wstrzyknięciu podskórnym i jest ona początkowo podawana w tygodniu 0., 1., 2.,3. i 4, a następnie stosuje się comiesięczne dawki podtrzymujące. Każda dawka 300 mg jest podawana w postaci dwóch wstrzyknięć podskórnych po 150 mg.	**A. Badania przy kwalifikacji:** 1. morfologia krwi z rozmazem; 2. badanie ogólne moczu; 3. odczyn Biernackiego OB, 4. aminotransferaza asparaginianowa AspAT; 5. aminotransferaza alaninowa AlAT; 6. kreatynina i mocznik w surowicy; 7. próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 8. RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 9. EKG z opisem (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego); 10. obecność antygenu HBS; 11. przeciwciała anty-HCV (w przypadku pozytywnego wyniku należy oznaczyć PCR HCV metodą ilościową); 12. przeciwciała anty-HIV; 13. przeciwciała przeciwko Borrelia burgdorferi; 14. USG jamy brzusznej; 15. ASO; 16. przeciwciała ANA; 17. VDRL; 18. konsultacje lekarskie w kierunku ognisk siejących (laryngologiczna, stomatologiczna, ginekologiczna); 19. wykluczenie ciąży;

-którzy przestali reagować na leczenie lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego; 3) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami: a) PASI większym niż 18 – w przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem, sekukinumabem ustekinumabem lub iksekizumabem, albo PASI większym niż 10 – w przypadku kwalifikacji do terapii infliksymabem oraz b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10, oraz c) BSA większym niż 10; 4) pacjenci, u których w okresie poprzedzającym kwalifikację do programu nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem co najmniej dwóch różnych, a w przypadku pacjentów od 6 do 18 roku życia – co najmniej jednej metody klasycznej terapii ogólnej: a) leczenie metotreksatem w dawce co najmniej 15mg/tydzień (w przypadku pacjentów od 6 do 18 roku życia – w dawce od 15 mg/m^2/tydzień do co najmniej 15 mg/tydzień), oceniane po trzech miesiącach, b) leczenie retinoidami w dawce nie mniejszej niż 0,5 mg/kg m.c./dobę, oceniane po dwóch miesiącach, c) leczenie cyklosporyną w dawce od 3 do 5 mg/kg m.c./dobę, oceniane po trzech miesiącach, d) leczenie metodą PUVA (psoralen+UVA), oceniane po trzech miesiącach (nie dotyczy pacjentów poniżej 18 roku życia) - lub pacjenci, u których występują przeciwwskazania do stosowania wyżej wymienionych metod terapii ogólnej, przy czym przeciwwskazania do stosowania terapii ogólnej muszą być oparte na Charakterystyce Produktu Leczniczego lub aktualnej wiedzy medycznej, - lub pacjenci, u których wystąpiły działania niepożądane po stosowaniu wyżej wymienionych metod terapii ogólnej uniemożliwiające ich kontynuowanie.	**Ustekinumab:** Dawkę początkową 45 mg podać podskórnie, następnie 45 mg po 4 tygodniach, a potem 45 mg co 12 tygodni. U pacjentów z masą ciała powyżej 100 kg dawka początkowa wynosi 90 mg podawana podskórnie, następnie ta sama dawka po 4 tygodniach, a potem co 12 tygodni. **Iksekizumab:** zalecana dawka to 160 mg podane we wstrzyknięciach podskórnych (dwa wstrzyknięcia po 80 mg) w tygodniu 0, następnie 80 mg (jedno wstrzyknięcie) podawane w tygodniu 2, 4, 6, 8, 10 i 12, a następnie dawka podtrzymująca wynosząca 80 mg (jedno wstrzyknięcie) podawana raz na 4 tygodnie. **2.** Dzieci i młodzież w wieku od 6 do 18 lat: **Etanercept:** Dawkę 0,8 mg/kg m.c. do maksymalnej dawki 50 mg podawać raz w tygodniu.	20. wykonanie zdjęć miejsc dotkniętych łuszczycą (w celu dołączenia zdjęć-plików *.jpg do dokumentacji przekazywanej do Zespołu Koordynacyjnego); 21. CRP. **B. Monitorowanie leczenia:** 1. Monitorowanie terapii infliksymabem - po 6 tygodniach (+/-7dni) oraz po 14 tygodniach (+/-7dni) od pierwszego podania infliksymabu, a następnie co 16 tygodni (+/-7dni) należy wykonać: 1) morfologię krwi z rozmazem, 2) odczyn Biernackiego OB, 3) CRP, 4) aminotransferazę alaninową AlAT, 5) aminotransferazę asparaginową AspAT, 6) stężenie kreatyniny i mocznika w surowicy, 7) poziom bilirubiny, 8) ocenę nasilenia zmian łuszczycowych w skali PASI, DLQI i BSA. Ponadto, w 14, 46, 94 tygodniu od podania pierwszej dawki infliksymabu, do dokumentacji dołączyć zdjęcia-pliki *.jpg, tak jak przy kwalifikacji do programu. Leczenie może być kontynuowane u pacjentów, u których uzyskano w 14 tygodniu terapii adekwatną odpowiedź na leczenie. Ostateczną decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz prowadzący po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej; 9) wywiad lekarski dotyczący efektów leczenia i możliwych działań niepożądanych;

3. Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni etanerceptem, infliksymabem, sekukinumabem lub iksekizumabem 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. **4.** W przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń w czasie leczenia oraz przez: 1) 15 tygodni od podania ostatniej dawki ustekinumabu albo 2) 10 tygodni od podania ostatniej dawki iksekizumabu albo 3) 20 tygodni od podania ostatniej dawki sekukinumabu albo 4) 5 miesięcy od podania ostatniej dawki adalimumabu, albo 5) 6 miesięcy od podania ostatniej dawki etanerceptu lub infliksymabu. **B. Kryteria stanowiące przeciwskazania do udziału w programie:** 1. ciąża lub laktacja; 2. nadwrażliwość na substancję czynną lub pomocniczą leku; 3. czynne lub utajone infekcje wirusowe, bakteryjne, grzybicze i pierwotniakowe, zwłaszcza zakażenia HIV, HBV i HCV oraz *Mycobacterium tuberculosis* (z wyjątkiem infekcji *Propionibacterium acnes* oraz nawrotowej opryszczki); W przypadku utajonego zakażenia *Mycobacterium tuberculosis* dopuszczalne jest rozpoczęcie leczenia sekukinumabem lub iksekizumabem pod warunkiem rozpoczęcia profilaktyki przeciwgruźliczej zgodnie z aktualnymi standardami. 4. toczeń rumieniowaty układowy; nie dotyczy kwalifikacji do terapii sekukinumabem lub iksekizumabem 5. choroba demielinizacyjna; nie dotyczy kwalifikacji do leczenia sekukinumabem lub iksekizumabem		2. Monitorowanie terapii sekukinumabem albo ustekinumabem albo adalimumabem - po 4 tygodniach (+/-7dni) od pierwszego podania leku, a następnie co 12 tygodni (+/-7dni), należy wykonać: 1) morfologię krwi z rozmazem, 2) odczyn Biernackiego OB, 3) CRP, 4) aminotransferazę alaninową AlAT, 5) aminotransferazę asparaginową AspAT, 6) stężenie kreatyniny w surowicy, 7) ocenę nasilenia zmian łuszczycowych w skali PASI, DLQI i BSA. Ponadto, w 28 tygodniu od podania pierwszej dawki ustekinumabu albo w 16 i 28 tygodniu od podania pierwszej dawki adalimumabu albo sekukinumabu a następnie w 40 tygodniu, do dokumentacji dołączyć zdjęcia-pliki *.jpg, tak jak przy kwalifikacji do programu. Leczenie może być kontynuowane u pacjentów, u których uzyskano adekwatną odpowiedź na leczenie ustekinumabem w 28, a następnie 40 tygodniu albo adalimumabem lub sekukinumabem w 16, a następnie 28 tygodniu. Ostateczną decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz prowadzący po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, 8) wywiad lekarski dotyczący efektów leczenia i możliwych działań niepożądanych; 3. Monitorowanie terapii etanerceptem - po 4 tygodniach (+/-7dni) oraz po 12 tygodniach (+/-7dni) od pierwszego podania leku, a następnie co 12 tygodni (+/-7dni) należy wykonać:

6. ciężka niewydolności układu krążenia (NYHA III i NYHA IV); nie dotyczy kwalifikacji do leczenia sekukinumabem lub iksekizumabem 7. czynna choroba nowotworowa lub choroba nowotworowa, której leczenie zakończono w ostatnich 5 latach (z wyjątkiem raka podstawnokomórkowego skóry); 8. pancytopenia i niedokrwistość aplastyczna. **C. Kryteria i warunki zmiany terapii:** 1. u pacjenta będącego w trakcie terapii, u którego występuje adekwatna odpowiedź na zastosowane leczenie, terapię prowadzi się z użyciem substancji czynnej, która wywołała taką odpowiedź; 2. zmiana terapii na leczenie inną substancją czynną wymaga każdorazowo uzyskania zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej; 3. zamiana terapii możliwa jest tylko w następujących przypadkach: 1) wystąpienie nadwrażliwości na substancję czynną lub substancje pomocnicze lub 2) wystąpienie istotnych działań niepożądanych związanych z podaniem substancji czynnej, których uniknięcie jest możliwe po podaniu innej substancji czynnej, lub 3) stwierdzenie innych, potwierdzonych badaniem pacjenta, przeciwwskazań do podawania substancji czynnej leku biologicznego. 4. W ramach programu lekowego nie jest możliwa zmiana terapii jeżeli podczas kwalifikacji pacjent nie spełnił kryterium wartości PASI powyżej 18. 5. W ramach leczenia łuszczycy plackowatej nie jest możliwe zastosowanie więcej niż 2 inhibitorów TNF alfa. **D. Kryteria zakończenia udziału w programie:** 1. brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony w przypadku nieuzyskania poprawy klinicznej to znaczy:		1) morfologię krwi z rozmazem, 2) odczyn Biernackiego OB, 3) CRP, 4) aminotransferazę alaninową AlAT, 5) aminotransferazę asparaginową AspAT, 6) stężenie kreatyniny i mocznika w surowicy, 7) poziom bilirubiny, 8) ocenę nasilenia zmian łuszczycowych w skali PASI, DLQI (ew. CDLQI) i BSA. Ponadto, w 12 i 24 tygodniu od podania pierwszej dawki etanerceptu, do dokumentacji dołączyć zdjęcia- pliki *.jpg, tak jak przy kwalifikacji do programu. Leczenie może być kontynuowane u pacjentów, u których uzyskano w 12 tygodniu terapii adekwatną odpowiedź na leczenie. Ostateczną decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz prowadzący po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej; 9) wywiad lekarski dotyczący efektów leczenia i możliwych działań niepożądanych; 4. Monitorowanie terapii iksekizumabem - po 4 oraz 16 tygodniach (+/-7dni) od pierwszego podania leku, a następnie co 12 tygodni (+/-7dni), należy wykonać: 1) morfologię krwi z rozmazem, 2) CRP, 3) aminotransferazę alaninową AlAT, 4) aminotransferazę asparaginową AspAT, 5) stężenie kreatyniny w surowicy, 6) ocenę nasilenia zmian łuszczycowych w skali PASI, DLQI i BSA. Ponadto, w 16 tygodniu od podania pierwszej dawki iksekizumabu do dokumentacji dołączyć zdjęcia- pliki *.jpg, tak jak przy kwalifikacji

zmniejszenia wartości PASI o 75% albo nieuzyskania poprawy wskaźnika PASI w przedziale 50-75% wraz z jednoczesnym nieuzyskaniem poprawy jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI (ew. CDLQI) o minimum 5 punktów lub 2. utrata odpowiedzi na leczenie po uzyskaniu adekwatnej odpowiedzi na leczenie 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 18 oraz b) BSA większy niż 10, oraz c) DLQI (ew. CDLQI) większy niż 10, lub 3. wystąpienie działań niepożądanych takich jak: a) reakcja alergiczna na lek; b) zakażenie o ciężkim przebiegu; c) objawy niewydolności nerek, serca, płuc, wątroby; d) pancytopenia i niedokrwistość aplastyczna; e) stwierdzenie choroby nowotworowej; f) stwierdzenie wykładników wskazujących na rozwój ciężkiej choroby ogólnoustrojowej o podłożu autoimmunologicznym, jeżeli nie ustąpiły po przerwaniu terapii biologicznej bądź zastosowaniu odpowiedniego leczenia; g) inne, wymienione w przeciwskazaniach do udziału w programie. **E. Określenie czasu leczenia w programie:** 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: 1) do 96 tygodni – w przypadku terapii infliksymabem lub sekukinumabem lub iksekizumabem 2) do 48 tygodni – w przypadku terapii lub ustekinumabem lub adalimumabem		do programu. Leczenie może być kontynuowane u pacjentów, u których uzyskano adekwatną odpowiedź w 16 tygodniu. Ostateczną decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz prowadzący po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, 7) wywiad lekarski dotyczący efektów leczenia i możliwych działań niepożądanych; 5. co najmniej raz na 365 dni należy wykonać EKG oraz RTG klatki piersiowej lub test Quantiferon; 6. w przypadku pacjentów z pozytywnym wynikiem badania na obecność przeciwciał anty-HCV należy co 12 tygodni wykonać oznaczenie PCR HCV metodą ilościową. **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 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) do 24 tygodni – w przypadku terapii etanerceptem. 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: a) 96 tygodni - w przypadku terapii infliksymabem lub sekukinumabem lub iksekizumabem albo b) 48 tygodni - w przypadku terapii ustekinumabem lub adalimumabem, albo c) 24 tygodni - w przypadku terapii etanerceptem, -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: 1) po 28 tygodniach od podania pierwszej dawki ustekinumabu albo 2) po 16 i 28 tygodniach od podania pierwszej dawki adalimumabu lub sekukinumabu, albo 3) po 12 tygodniach od podania pierwszej dawki etanerceptu, albo 4) po 14 tygodniach od podania pierwszej dawki infliksymabu, albo 5) po 16 tygodniach od podania pierwszej dawki iksekizumabu. Decyzja o zakończeniu leczenia zostaje przekazana do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej. **F. 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 po zakwalifikowaniu przez		

Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźników PASI, DLQI (ew. CDLQI) oraz BSA o co najmniej 50% w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia leku, przy czym wartość wskaźnika PASI musi być większa niż 10, a do dokumentacji dołącza się zdjęcia-pliki *.jpg, tak jak przy kwalifikacji do programu. 2. Do programu może być ponownie włączony również pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu: 1) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu albo 2) z powodu planowanej przerwy w leczeniu. Ponownej kwalifikacji do programu dokonuje Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej.		

Załącznik B.48.

LECZENIE CZERNIAKA SKÓRY (ICD-10 C43)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 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 ≥ 18 lat; 5) brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu; 6) wielkość odstępu QTc w badaniu EKG ≤ 500 ms; 7) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, a w szczególności: - liczba białych krwinek ≥ 2000/µl; - liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥ 1500/µl; - liczba płytek ≥ 100 x 103/µl; - stężenie hemoglobiny ≥ 9 g/dl (możliwe przetoczenie	1. Wemurafenib i kobimetynib. Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. 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.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) histologiczne potwierdzenie czerniaka zgodnie z kryteriami włączenia; 2) ocena obecności mutacji BRAF V600; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 9) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym magnezu) 10) elektrokardiogram (EKG) 11) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF);

krwi/produktów krwiopochodnych); - stężenie kreatyniny ≤ 1,5 x GGN (górna granica normy); - aktywność AST/ALT, fosfatazy zasadowej (ALP) ≤ 3,0 x GGN u pacjentów bez przerzutów do wątroby i ≤ 5 x GGN u pacjentów z przerzutami do wątroby (lub do kości w przypadku ALP); - stężenie bilirubiny ≤ 1,5 x GGN (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta, u których stężenie bilirubiny całkowitej musi być niższe niż 3,0 mg/dl); 8) brak przeciwwskazań do stosowania leków Zelboraf i Cotellic określonych w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych; 9) rozpoczęcie leczenia w programie jest możliwe w czasie > 14 dni po paliatywnej radioterapii lub dużym zabiegu chirurgicznym 10) wykluczenie istotnych schorzeń okulistycznych w wywiadzie: centralnej surowiczej choroidoretinopatii, zamknięcia żyły siatkówki lub wysiękowego zwyrodnienia plamki żółtej, niekontrolowanej jaskry; 11) brak istotnych obciążeń kardiologicznych: niestabilnej choroby wieńcowej, niewydolności krążenia NYHA≥2, 12) frakcja wyrzutowa lewej komory ≥50%; 13) brak schorzeń towarzyszących lub zaburzeń, uniemożliwiających leczenie 14) wykluczenie współistniejącego innego nowotworu złośliwego z wyjątkiem nowotworów złośliwych skóry, 15) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek 16) brak wcześniejszego leczenia inhibitorem BRAF		12) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 13) badanie tomografii komputerowej głowy lub rezonansu magnetycznego głowy 14) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej; 15) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy 16) 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; 17) ocena przedmiotowa całej skóry, 18) badanie głowy i szyi obejmujące przynajmniej wzrokową ocenę błon śluzowych jamy ustnej oraz palpacyjną ocena węzłów chłonnych 19) badania obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST (nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku). 20) badanie okulistyczne, w tym badanie ostrości i pola widzenia oraz dna oka 2. Monitorowanie leczenia: 1) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy co 14-18 tygodni lub w razie wskazań klinicznych;

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu: 1) progresja choroby; 2) pogorszenie stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 3) utrzymująca się/ nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria) z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry; 4) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą; 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta; 6) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody na udział w programie.		2) 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; 3) ocena skóry w kierunku występowania raków płaskonabłonkowych według opisu w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego wykonywana przez specjalistę onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej (w przypadkach wątpliwych – konsultacja dermatologiczna); 4) elektrokardiogram (EKG) oraz oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym magnezu) według aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego Zelboraf: co miesiąc przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania 5) badania morfologii i biochemii krwi według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych Zelboraf i Cotellic, nie rzadziej niż co 8 tygodni; 6) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) po miesiącu leczenia a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące lub w razie wskazań klinicznych; 7) przed każdym cyklem leczenia pacjentów należy oceniać pod kątem nowych objawów dotyczących wzroku lub pogorszenia zaburzeń widzenia. W przypadku ich wystąpienia, zalecane jest badanie okulistyczne; 8) badania obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST (co

		trzy 28-dniowe cykle leczenia, tj. co 84 dni – ważność badania 14 dni, czyli przedział czasowy co 10-14 tygodni). 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 NFZ.

Załącznik B.49.

LECZENIE DOUSTNE STANÓW NADMIARU ŻELAZA W ORGANIZMIE (ICD-10 E.83.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia 1) przewlekłe obciążenie żelazem spowodowane częstymi transfuzjami (≥7 ml/kg m.c. na miesiąc koncentratu krwinek czerwonych) u pacjentów z ciężką postacią talasemii beta w wieku od 6 do 18 r.ż.; lub 2) przewlekłe obciążenie żelazem spowodowane częstymi transfuzjami krwi (≥7 ml/kg m.c. na miesiąc koncentratu krwinek czerwonych), gdy leczenie deferoksaminą jest przeciwwskazane lub nieodpowiednie u pacjentów z ciężką postacią talasemii beta w wieku od 2 do 5 r.ż.; lub 3) przewlekłe obciążenie żelazem spowodowane nieczęstymi transfuzjami krwi (<7 ml/kg m.c. na miesiąc koncentratu krwinek czerwonych), gdy leczenie deferoksaminą jest przeciwwskazane lub nieodpowiednie u pacjentów z ciężką postacią talasemii beta w wieku od 6 do 18 r.ż.; lub 4) przewlekłe obciążenie żelazem spowodowane transfuzjami krwi, gdy leczenie deferoksaminą jest przeciwwskazane lub nieodpowiednie u pacjentów w	**1. Leczenie początkowe** Leczenie deferazyroksem powinno być rozpoczynane po przetoczeniu około 20 jednostek (około 100 ml/kg m.c.) koncentratu krwinek czerwonych, lub gdy istnieją dane potwierdzające występowanie przewlekłego obciążenia żelazem (np. stężenie ferrytyny w surowicy > 1 000 µg/l). **1.1 Dawkowanie deferazyroksu** 1) lek podaje się 20 mg/kg m.c. na dobę z wyjątkiem: a) pacjentów wymagających obniżenia stężenia żelaza w organizmie i otrzymujących jednocześnie ponad 14 ml koncentratu krwinek czerwonych/kg m.c. na miesiąc, u których można rozważyć podanie dawki początkowej 30 mg/kg m.c. na dobę, b) pacjentów niewymagających zmniejszenia stężenia żelaza w organizmie i otrzymujących jednocześnie mniej niż 7 ml koncentratu krwinek czerwonych/kg m.c. na miesiąc, u których możliwe jest obniżenie dawki początkowej deferazyroksu do 10 mg/kg m.c. na dobę. W każdym przypadku należy monitorować efekt leczenia i w przypadku braku jego skuteczności rozważyć zwiększenie dawki leku.	**1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: a) masa ciała, b) wysokość, c) powierzchnia ciała; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) parametry biochemiczne krwi: a) elektrolity, b) aktywność aminotransferaz, c) aktywność fosfatazy alkalicznej, d) aktywność dehydrogenazy mleczanowej, e) stężenie bilirubiny, f) poziom mocznika; 4) dwukrotne oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) klirens kreatyniny; 6) stężenie ferrytyny, całkowita zdolność wiązania żelaza, stężenie żelaza, stężenie transferyny; 7) badanie ogólne moczu; 8) EKG; 9) stężenie hormonów: a) TSH, b) fT4;

wieku pomiędzy 2 i 18 r.ż. ze schorzeniami wg klasyfikacji ICD-10:
a) D46 - zespoły mielodysplastyczne (MDS),
b) D55 - niedokrwistości hemolityczne,
c) D57 - niedokrwistość sierpowatokrwinkowa,
d) D61 - niedokrwistości aplastyczne, w tym:
- zespół Diamonda- Blackfana,
- anemia Fanconiego,
e) D64 - inne bardzo rzadkie niedokrwistości wrodzone lub nabyte,
f) Z94.8 - transplantacja innego narządu lub tkanki.

Pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie przed 18 r.ż. w ramach programu lekowego, po ukończeniu 18 r.ż. kontynuują leczenie pod warunkiem nie spełniania kryteriów wykluczenia.

2. Kryteria wykluczenia

1) nadwrażliwość na substancję czynną (deferazyroks) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) jednoczesne podawanie innych środków chelatujących żelazo;
3) pacjenci z klirensem kreatyniny < 60 ml/min;
4) pacjenci z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby (aktywność aminotransferaz wątrobowych przekraczająca 5 razy górną granicę normy);
5) pacjenci z dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy (typu Lapp), zespołem złego wchłaniania glukozy lub galaktozy lub ciężkim niedoborem laktazy;
6) jednoczesne stosowanie produktów zaobojętniających zawierających glin.

2) U pacjentów leczonych dotychczas skutecznie deferoksaminą można rozważyć podanie deferazyroksu w dawce początkowej odpowiadającej połowie dotychczasowej dawki deferoksaminy. Jeżeli obliczona w ten sposób dobowa dawka deferazyroksu będzie mniejsza niż 20 mg/kg m.c., należy bardzo uważnie monitorować efekt terapii i w przypadku jej niewystarczającej skuteczności zwiększyć dawkę deferazyroksu.

2. Leczenie podtrzymujące

1) Dostosowywanie dawki deferazyroksu należy przeprowadzać stopniowo, zmieniajac ją jednorazowo o 5 do 10 mg/kg m.c., w zależności od indywidualnej odpowiedzi pacjenta i celów terapeutycznych (utrzymanie lub zmniejszenie obciążenia żelazem). W tym celu zaleca się comiesięczną kontrolę stężenia ferrytyny w surowicy, a w razie konieczności dostosowanie dawki deferazyroksu co 3 do 6 miesięcy w zależności od tendencji w stężeniu ferytyny w surowicy.
2) Nie zaleca się podawania dawek deferazyroksu powyżej 30 mg/kg m.c., ponieważ istnieje ograniczone doświadczenie z zastosowaniem dawek tej wysokości.
3) Jeżeli stężenie ferrytyny w surowicy zmniejszy się do wartości utrzymujących się poniżej 500 µg/l, należy rozważyć przerwanie leczenia.
4) Dawkę deferazyroksu można zmniejszyć o 10 mg/kg m.c., jeśli klirens kreatyniny zmniejszy się poniżej dolnej granicy normy (< 90 ml/min.) lub stężenie kreatyniny w surowicy podczas dwóch kolejnych wizyt zwiększy się do wartości powyżej górnej granicy normy odpowiedniej dla wieku pacjenta.
5) Należy przerwać leczenie, jeśli po zmniejszeniu dawki wystąpi zwiększenie stężenia kreatyniny w surowicy > 33% powyżej wartości oznaczonych przed leczeniem lub klirens

10) objętość wątroby i śledziony mierzona w USG lub TK;
11) badanie okulistyczne (w tym badanie dna oka);
12) badanie kardiologiczne obejmujące echokardiografię;
13) badanie endokrynologiczne;
14) badanie słuchu.

2. Monitorowanie leczenia

Należy w sposób ciągły monitorować ilości przetaczanego koncentratu krwinek czerwonych.

2.1 Badania wykonywanie w trakcie leczenia

1) badanie podmiotowe i przedmiotowe:
   a) masa ciała – co 1 miesiąc,
   b) wysokość – co 3 miesiące,
2) morfologia krwi z rozmazem – co 1 miesiąc;
3) parametry biochemiczne krwi:
   a) elektrolity,
   b) aktywność aminotransferaz,
   c) aktywność fosfatazy alkalicznej,
   d) aktywność dehydrogenazy mleczanowej,
   e) aktywność gammaglutamylotranspeptydazy,
   f) stężenie bilirubiny,
   g) poziom mocznika,
   – co 2 tygodnie w trakcie pierwszego miesiąca leczenia, następnie co 1 miesiąc;
4) stężenie ferrytyny – co 1 miesiąc;
5) stężenie kreatyniny w surowicy – co 1 tydzień w trakcie pierwszego miesiąca leczenia lub po modyfikacji leczenia deferazyroksem, następnie co 1 miesiąc;

	kreatyniny zmniejszy się poniżej dolnej granicy normy. Leczenie można wznowić w zależności od indywidualnej sytuacji klinicznej. 6) Można rozważyć zmniejszenie dawki lub przerwanie leczenia w przypadku nieprawidłowych wartości wskaźników czynności kanalików nerkowych lub w razie wystąpienia wskazań klinicznych. Jeśli pomimo zmniejszenia dawki i przerwy w podawaniu leku stężenie kreatyniny w surowicy pozostaje >33% powyżej wartości oznaczonej przed leczeniem i utrzymują się nieprawidłowe wartości innych wskaźników czynności nerek (np. proteinuria, zespół Fanconiego), pacjenta należy skierować do specjalisty nefrologa i można rozważyć dalsze badanie specjalistyczne (takie jak biopsja nerki). 7) Leczenie należy przerwać w przypadku wystąpienia stałego, progresywnego zwiększenia aktywności aminotransferaz w surowicy, którego nie można przypisać innym czynnikom. Po ustaleniu przyczyny nieprawidłowych wartości prób czynnościowych wątroby, lub po uzyskaniu prawidłowych wartości aktywności aminotransferaz, można rozważyć ostrożne wznowienie leczenia mniejszą dawką, ze stopniowym zwiększaniem dawki. 8) Jeśli stężenie ferrytyny w surowicy ulegnie stałemu zmniejszaniu poniżej 500 µg/l, należy rozważyć przerwanie leczenia. **3. Sposób podawania** Do podania doustnego. Deferazyroks musi być przyjmowany raz na dobę na czczo, co najmniej 30 minut przed posiłkiem, najlepiej o tej samej porze każdego dnia. Tabletki rozpuszczają się w wyniku rozmieszania w szklance wody, soku pomarańczowego lub jabłkowego (100 do 200 ml),	6) klirens kreatyniny (szacowany za pomocą wzoru Schwartza u dzieci) lub stężenie cystatyny C w surowicy – co 1 tydzień w trakcie pierwszego miesiąca leczenia lub po modyfikacji leczenia deferazyroksem, następnie co 1 miesiąc; 7) badanie ogólne moczu – co 1 miesiąc; 8) kontrola dodatkowych wskaźników czynności kanalików nerkowych – w razie potrzeby; 9) EKG – co 3 miesiące; 10) stężenie hormonów: a) TSH, b) fT4, – co 6 miesięcy; 11) objętość wątroby i śledziony mierzona w USG lub TK – co 1 rok; 12) badanie okulistyczne (w tym badanie dna oka) – co 1 rok; 13) badanie słuchu – co 1 rok; 14) badanie kardiologiczne obejmujące echokardiografię – co 1 rok; 15) badanie endokrynologiczne – co 1 rok; 16) kontrola masy ciała, wzrostu i rozwoju seksualnego pacjentów – co 1 rok. **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

	aż do uzyskania jednolitej zawiesiny. Po zażyciu zawiesiny wszelkie resztki leku należy ponownie rozpuścić w niewielkiej ilości wody lub soku i wypić. Tabletek nie należy żuć ani połykać w całości.	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.50.

LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA (ICD-10 C56, C57, C48)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie chorych na zaawansowanego raka jajnika przy wykorzystaniu substancji czynnej bewacyzumab. **1.1. Kryteria kwalifikacji:** 1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej; 2) stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po zabiegu cytoredukcji > 1cm (suboptymalna cytoredukcja; wymagane jest opisanie resztkowych zmian nowotworowych pozostawionych po operacji z określeniem wielkości w centymetrach); 3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego raka jajnika. Wcześniejsza chemioterapia neoadjuwantowa jest dopuszczalna; 4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO; 5) wiek powyżej 18 roku życia; 6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x $10^5/mm^3$, b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1500/mm^3$, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl; 7) wskaźniki koagulogiczne: a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)	**1. Karboplatyna z paklitakselem**: 1) karboplatyna (AUC 5-6) – dzień 1; 2) paklitaksel 175 mg/m^2 – dzień 1; Rytm: co trzy tygodnie. 6 cykli. **2. Bewacyzumab -**7,5 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 30-90 minut - dzień 1 Rytm: co 3 tygodnie. 18 cykli 1) Chore będą otrzymywać bewacyzumab w skojarzeniu z 3-tygodniowymi cyklami chemioterapii (maksymalnie 6 cykli). 2) Po zakończeniu chemioterapii leczenie będzie kontynuowane w 3-tygodniowych cyklach do wyczerpania 18 cykli leczenia bewacyzumabem lub do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowanych działań niepożądanych (w zależności od tego, co wystąpi pierwsze). 3) W przypadku konieczności zakończenia chemioterapii lub jednego z jej składników przed ukończeniem 6 cykli leczenia bewacyzumab można kontynuować według zasad opisanych w punkcie 2. 4) Bewacyzumab będzie podawany od pierwszego	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia bewacyzumabem:** 1) histologiczne potwierdzenie raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie w surowicy stężenia: a) mocznika, b) kreatyniny, c) bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT), 5) oznaczenie czasu kaolinowokefalinowego (APTT); 6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT); 7) oznaczenie stężenia CA125; 8) badanie ogólne moczu; 9) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym; 10) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 11) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu obrazowania przerzutów do OUN; 12) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy; 13) elektrokardiogram (EKG); 14) pomiar ciśnienia tętniczego; 15) inne badania w razie wskazań klinicznych.

w zakresie wartości prawidłowych, b) czas protrombinowy (PT) lub międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) w zakresie wartości prawidłowych; 8) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-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 w granicach normy, 9) wykluczenie ciąży; 10) brak przeciwwskazań do chemioterapii karboplatyną oraz paklitakselem; 11) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania bewacyzumabu, którymi są: a) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia, b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, c) niestabilne nadciśnienie tętnicze, d) niestabilna choroba niedokrwienna serca, e) naczyniowe choroby ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie, f) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia, g) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień, h) stosowanie leków przeciwkrzepliwych lub antyagregacyjnych (z wyłączeniem stosowania w dawkach profilaktycznych) i) niegojące się rany, j) białkomocz, k) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji	cyklu chemioterapii lub od drugiego cyklu w przypadku kiedy chemioterapia zostanie rozpoczęta przed upływem 28 dni od poważnego zabiegu operacyjnego. 5) W przypadku konieczności przerwania leczenia karboplatyną lek ten można zastąpić cisplatyną i kontynuować leczenie. 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. 7) Modyfikacje dawkowania oraz rytmu podawania leków zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktów Leczniczych.	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. Celem wstępnych badań obrazowych jest umożliwienie późniejszego monitorowania progresji choroby. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia bewacyzumabem:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia: a) kreatyniny, b) bilirubiny – w surowicy; c) APTT i PT lub INR; 3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT), 4) badanie ogólne moczu; 5) pomiar ciśnienia tętniczego; 6) inne badanie w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się co 3 tygodnie lub przed rozpoczęciem kolejnego cyklu terapii jeżeli podanie leku było opóźnione. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia bewacyzumabem:** 1) badanie tomografii komputerowej odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) oznaczenie stężenia CA125; 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania tomografii komputerowej wykonuje się: 1) po zakończeniu chemioterapii; 2) w trakcie leczenia bewacyzumabem: nie rzadziej niż co 24

pomocniczych. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **1.3. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab; 2) podanie 18 cykli leczenia bewacyzumabem; 3) progresja choroby w trakcie leczenia; 4) długotrwałe działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO; 5) utrzymujące się pogorszenie sprawności ogólnej.		tygodnie; 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nastąpiło z innych przyczyn niż udokumentowana progresja choroby; 4) zawsze przy wzroście stężenia CA125 powyżej dwukrotnej wartości nadiru; 5) zawsze w przypadku wskazań klinicznych. Badanie stężenia CA125 wykonuje się nie rzadziej niż co 3 cykle leczenia: Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST. **4. Monitorowanie realizacji programu:** Prezes NFZ prowadzi rejestr pacjentów leczonych w ramach programu lekowego dostępny za pomocą aplikacji internetowej.

Załącznik B.52.

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)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab **1.1. Kryteria kwalifikacji:** 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 krtań) ustalonego na podstawie badania materiału uzyskanego przez biopsję wycinkową ogniska pierwotnego nowotworu lub przerzutowo zmienionych regionalnych węzłów chłonnych; 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; 3) wykluczenie stosowania uprzedniego leczenia przyczynowego z wyłączeniem chirurgicznej biopsji wycinkowej; 4) potwierdzenie możliwości obiektywnej oceny zaawansowania miejscowego i regionalnego na podstawie badania przedmiotowego (w tym – fiberoskopia) oraz badania	**1. Cetuksymab** 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. 1.2. Cetuksymab podawany jest raz w tygodniu. 1.3. Cetuksymab w dawce 400 mg/m^2 podawany jest dożylnie po raz pierwszy 7 dni przed planowanym rozpoczęciem napromieniania (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut). 1.4. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m^2 – podania w 1 dniu radioterapii na 1-3 godziny przed frakcją napromieniani i następnie w analogiczny sposób w	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem** **1.1. Badania laboratoryjne:** 1) histologiczne potwierdzenie w oparciu o ocenę materiału pobranego za pomocą biopsji wycinkowej ogniska pierwotnego lub przerzutowo zmiennych węzłów chłonnych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczajowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy; 4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym); 5) inne w razie wskazań klinicznych. **1.2. Inne badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem:** 1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi; 2) badanie laryngologiczne z fiberoskopią górnych dróg oddechowych krtaniowej części gardła; 3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach; 4) ultrasonografia jamy brzusznej;

komputerowej tomografii (TK) lub magnetycznego rezonansu (MR) z wykluczeniem nacieku chrząstki tarczowatej lub kości żuchwy lub skóry; 5) wykluczenie obecności przerzutów odległych przynajmniej na podstawie rentgenografii klatki piersiowej w dwóch projekcjach i ultrasonografii jamy brzusznej; 6) potwierdzenie obecności medycznych przeciwwskazań do jednoczesnej chemioradioterapii z udziałem cisplatyny, w tym: 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), b) choroby narządu słuchu (w tym niedosłuch potwierdzony badaniem laryngologicznym lub - w przypadku wątpliwości- badaniem audiometrycznym), c) polineuropatia potwierdzona badaniem neurologicznym; 7) potwierdzenie sprawności w stopniu 0 lub 1 według klasyfikacji WHO; 8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych: a) po lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym niezależnie od kategorii uzyskanej odpowiedzi oraz, b) po leczeniu o założeniu radykalnym, którym nie uzyskano całkowitej remisji choroby; 10) potwierdzenie zachowanej wydolności narządowej określonej na podstawie wyników badań laboratoryjnych: a) czynności wątroby: – stężenie bilirubiny całkowitej ≤ 1,5-krotnej wartości	rytmie co tydzień do zakończenia radioterapii (czas trwania kolejnych wlewów – 60 min.). 1.5. Łącznie, poza dawką indukcyjną poprzedzającą napromienianie, chorzy otrzymują 6 (radioterapia przyspieszona) lub 7 (radioterapia frakcjonowana konwencjonalnie) podań cetuksymabu. 1.6. W trakcie kolejnych wlewów konieczne jest ścisłe monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku. **2. Planowanie i realizacja radioterapii** 2.1. Napromienianie prowadzone jest przy użyciu wysoenergetycznych fotonów X indukowanych w przyspieszaczu liniowym. 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). 2.3. Konieczne jest stosowanie standardowej radioterapii 3D konformalnej lub napromieniania z modulowaną intensywnością wiązki (IMRT). 2.4. Frakcjonowanie dawki radioterapii zależne jest od preferencji ośrodka w następujących wariantach: – frakcjonowania konwencjonalnego (Df = 2 Gy; 5 razy w tygodniu; TD = 70 Gy); – frakcjonowania przyspieszonego (metody SIB IMRT, CAIR, concomitant boost, 6 kolejnych dni leczenia	5) badanie elektrokardiograficzne (EKG); 6) pomiar ciśnienia tętniczego; 7) inne w zależności od wskazań klinicznych. **1.2. Uwagi** TK lub MR w ramach diagnostyki jest badaniem wykonywanym niezależnie od obrazowania w trakcie planowania napromieniania. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** Badania należy wykonać przed podaniem pierwszej dawki cetuksymabu przed pierwszym napromienianiem oraz: **2.1. Badania laboratoryjne:** 1) morfologia krwi z rozmazem, co tydzień w trakcie radioterapii; 2) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczanowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy, co 3 tygodnie; 3) inne w razie wskazań klinicznych. **2.2. Inne badania:** 1) ocena odczynów popromiennych co tydzień od 2 tygodnia radioterapii; 2) badanie skóry pod kątem oceny nasilenia wysypki trądzikopodobnej. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Kliniczna ocena regresji raka płaskonabłonkowego co tydzień w trakcie leczenia, bezpośrednio po jego zakończeniu, a następnie systematycznie w trakcie wizyt kontrolnych. **3.1. Badania laboratoryjne:** 1) w razie wskazań klinicznych.

górnej granicy normy;
- aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy ≤ 5-krotnej wartości górnej granicy normy;

b) morfologii krwi z rozmazem:
- stężenie hemoglobiny ≥ 10,0g/dl;
- poziom leukocytów > 3 000/mm^3;
- poziom neutrofili > 1 500/mm^3;
- poziom płytek krwi > 100 000/mm^3.

11) wykluczenie niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

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.

1.3. Kryteria wyłączenia z programu

1) wystąpienie nasilonej reakcji infuzyjnej po podaniu cetuksymabu;
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;
3) definitywne przerwanie napromieniania z jakichkolwiek przyczyn;
4) wystąpienie nasilonych odczynów popromiennych lub powikłań ogólnoustrojowych skutkujące dłuższą niż 2 tygodnie przerwą w napromienieniu.

tygodniowo);
- hiperfrakcjonowania (DF = 1,1 – 1,2 Gy 2 razy dziennie).

2.5. Kontrola jakości napromieniania powinna odbywać się w oparciu o rekomendację ESTRO i zasady obowiązujące w ośrodku prowadzącym leczenie.

3.2. Inne badania:

1) badanie przedmiotowe (laryngologiczne);
2) TK lub MR twarzoczaszki i szyi 3-4 miesiące po zakończeniu napromieniania, następnie co 6 miesięcy przez 3 lata;
3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach 1 raz w roku;
4) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.

3.3. Uwagi

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.

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.

Załącznik B.53.

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**
1. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki ewerolimusem **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologiczne rozpoznanie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2 według klasyfikacji WHO z 2010 roku); 2) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub uogólnionym (IIIB i IV); 3) zaawansowanie uniemożliwiające radykalne leczenie metodami chirurgicznymi; 4) udokumentowana progresja choroby w ciągu 12 miesięcy do włączenia do programu; 5) odpowiednia czynność szpiku kostnego i parametrów krzepnięcia krwi: a) liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$, b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$, c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10 g/dl, d) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) czasu protrombinowego w granicach 0,85-1,15; 6) odpowiednia czynność nerek i wątroby (stosowanie ewerolimusu nie jest zalecane u chorych z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby – C według czynnościowej	**1. Dawkowanie ewerolimusu** 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. **1.1. Dostosowanie dawkowania ze względu na działania niepożądane** 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. **1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby:** 1) łagodne zaburzenia czynności wątroby (A wg skali Child-Pugh) – zalecana dawka to 7,5 mg na dobę;	**1. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki ewerolimusem** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia glukozy; 8) oznaczenie stężenia cholesterolu; 9) oznaczenie stężenia trójglicerydów; 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; 11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **1.2. Monitorowanie leczenia ewerolimusem** 1) badania wykonywane co miesiąc: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej, c) oznaczenie aktywności aminotransferazy

skali Child-Pugh);
7) stała i na właściwym poziomie kontrola glukozy, cholesterolu oraz trójglicerydów;
8) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO;
9) możliwość określenia wymiarów zmian chorobowych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1. (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);
10) wiek powyżej 18 roku życia.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie ewerolimusem należy kontynuować do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych, które w ocenie lekarza lub chorego uniemożliwiają dalsze stosowanie leku.

1.3. Kryteria wyłączenia

1) nisko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynny trzustki;
2) embolizacja tętnicy wątrobowej w ciągu 6 miesięcy do włączenia do programu;
3) krioablacja bądź ablacja falami o częstotliwości radiowej przerzutów w wątrobie w ciągu 2 miesięcy do włączenia do programu;
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 hipertrójglicerydemia, nasilona niewydolność nerek);
5) wcześniejsze leczenie inhibitorem mTOR.

2. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu

2) umiarkowane zaburzenia czynności wątroby (B wg skali Child-Pugh) – zalecana dawka to 5 mg na dobę;
3) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (C wg skali Child-Pugh) stanowią przeciwwskazanie do stosowania ewerolimusu.

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.

2. Dawkowanie sunitynibu

Zalecana dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg raz na dobę, przyjmowana doustnie w sposób ciągły.

Możliwe jest stopniowe dokonywanie zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji.

asparaginianowej,
d) oznaczenie stężenia bilirubiny,
e) oznaczenie stężenia kreatyniny,
f) oznaczenie stężenia glukozy,
g) oznaczenie stężenia cholesterolu,
h) oznaczenie stężenia trójglicerydów;

2) badania wykonywane co 3 kursy leczenia:
a) wybór metody obrazowania w zależności od wykorzystanej przy kwalifikacji do programu.

2. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki sunitynibem

2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia

1) patomorfologiczne rozpoznanie nieoperacyjnego, wysoko zróżnicowanego (stopień G1 lub G2) nowotworu neuroendokrynnego trzustki (według klasyfikacji WHO z 2010 r.);
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;
4) oznaczenie stężenia mocznika;
5) oznaczenie stężenia kreatyniny;
6) oznaczenie stężenia bilirubiny;
7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH);
10) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;
11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
12) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej;
13) badanie elektrokardiograficzne (EKG);
14) pomiar ciśnienia tętniczego;
15) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

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 $10^5/mm^3$, – bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$, – 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 neuroendokrynny 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.

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.		

Załącznik B.54.

LECZENIE CHORYCH NA OPORNEGO LUB NAWROTOWEGO SZPICZAKA MNOGIEGO (ICD10 C90.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1	2	3
1. Leczenie lenalidomidem chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka mnogiego. **1.1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem mnogim w wieku 18 lat i powyżej, u których spełniony jest co najmniej jeden z warunków: 1) stosowano co najmniej dwa poprzedzające protokoły leczenia; 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; 3) u chorego nie jest planowane przeszczepienie komórek macierzystych szpiku i w pierwszym rzucie leczenia stosowano bortezomib. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** 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.	**1. Dawkowanie lenalidomidu i deksametazonu** Lenalidomid w postaci kapsułek twardych a 5,10, 15 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem. **Lenalidomid:** Zalecana dawka początkowa: 25 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. **Deksametazon:** 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. Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta oraz nasilenie choroby. **UWAGA:** Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) AspAT, AlAT; 4) stężenie bilirubiny; 5) stężenie kreatyniny; 6) klirens kreatyniny; 7) stężenie białka M; 8) RTG kości (do decyzji lekarza). 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. **2. Monitorowanie leczenia** 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. Ponadto, po 6. cyklu leczenia: 1) stężenie wapnia w surowicy; 2) AspAT, AIAT;

1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo:

1) bezwzględna liczba neutrofili $<1{,}0x10^9$/l lub liczba płytek krwi $<75x10^9$/l lub $<30x10^9$/l, 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 lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.

1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie:

1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;
2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia.

2. Leczenie pomalidomidem chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka mnogiego.

2.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pomalidomidem

Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem mnogim 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.

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 2.1. oraz 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.

2. Dawkowanie pomalidomidu i deksametazonu

Pomalidomid w postaci kapsułek twardych a 1, 2, 3 lub 4 mg, jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem.

Pomalidomid: Zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach.

Deksametazon: Zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1, 8, 15 i 22 każdego 28-dniowego cyklu leczenia.

UWAGA:

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.

3) stężenie bilirubiny;
4) stężenie kreatyniny;
5) klirens kreatyniny;
6) stężenie białka M;
7) RTG kości (do decyzji 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;
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.

jednocześnie nie spełniali kryteriów niepozwalających na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo, określonych w pkt 2.3. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie.** Leczenie pomalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem p. 2.4. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 3, 2 lub 1 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **2.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo:** 1) bezwzględna liczba neutrofili <1 x 10^9/l i/lub liczba płytek krwi <50 x 10^9/l; 2) ciąża; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na pomalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **2.4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; **2)** brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia.		

Załącznik B.55.

LECZENIE PACJENTÓW Z WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO (WZJG) (ICD-10 K51)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia Do leczenia infliksymabem mogą zostać włączeni świadczeniobiorcy w wieku 6 lat i powyżej, z rozpoznaną ciężką postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, u których leczenie cyklosporyną jest niewskazane lub przeciwwskazane: 1) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6 - merkaptopuryną (6 - MP) lub azatiopryną (AZA), (ocena > 6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥ 18 r.ż. albo ocena ≥65 punktów w skali PUCAI u osób w wieku < 18 r.ż.), lub 2) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6 - merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA), lub 3) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6 - merkaptopuryną (6 - MP) lub azatiopryną (AZA). Do leczenia wedolizumabem mogą zostać włączeni świadczeniobiorcy w wieku od 18 roku życia z rozpoznaną ciężką postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, u których leczenie cyklosporyną jest niewskazane lub przeciwwskazane: 1) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6 - merkaptopuryną	Dawkowanie infliksimabu/wedolizumabu w terapii wrzodziejącego zapalenia jelita grubego – zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) ilość krwinek białych; 2) liczba krwinek czerwonych; 3) poziom hemoglobiny; 4) płytki krwi; 5) odczyn Biernackiego; 6) aminotransferaza alaninowa; 7) aminotransferaza asparaginianowa; 8) poziom kreatyniny w surowicy; 9) białko C - reaktywne; 10) badanie ogólne moczu; 11) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 12) antygen HBs; 13) przeciwciała anty HCV; 14) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo); 15) stężenie elektrolitów w surowicy; 16) hematokryt; 17) RTG klatki piersiowej; 18) EKG z opisem; 19) badanie endoskopowe; 20) posiew kału w kierunku bakterii i grzybów; 21) badanie kału na toksynę Clostridium difficile.

(6 - MP) lub azatiopryną (AZA), (ocena > 6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥ 18 r.ż.), lub 2) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6 - merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA), lub 3) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6 - merkaptopuryną (6 - MP) lub azatiopryną (AZA). Dopuszcza się zamianę leków infliksymab/wedolizumab w przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub częściowej nieskuteczności terapii definiowanej jako wystąpienie jednego z kryteriów wymienionych w punkcie 4. Nieskuteczność leczenia standardowego ciężkiego rzutu WZJG określa się jako niepowodzenie zastosowania 3-5 dni terapii steroidami dożylnymi. 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. Steroidozależność to brak możliwości redukcji dawki steroidów poniżej 10 mg/dobę w przeliczeniu na prednizolon wciągu 3 miesięcy od rozpoczęcia steroidoterapii lub nawrót dolegliwości w ciągu 3 miesięcy od odstawienia steroidów. 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).		**2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI, 2) ocena stopnia aktywności choroby między 6 a 14 tygodniem od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo lub w skali PUCAI 3) morfologia krwi obwodowej, 4) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii albo ocenę w skali PUCAI przynajmniej co 8 tygodni. **2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo, 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.

Leczenie cyklosporyną jest niewskazane w przypadku wystąpienia: 1) ciężkiego rzutu WZJG w trakcie leczenia azatiopryną (AZA) lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub 2) hypomagnezemii, lub 3) potencjalnych interakcji lekowych, lub 4) hiperkaliemii, lub 5) hyperurikemii, lub 6) u pacjentów w wieku powyżej 80 roku życia. Przeciwwskazania do zastosowania terapii cyklosporyną zgodne z CHPL: 1) zaburzenia czynności nerek, 2) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, 3) trudne do opanowania zakażenia, 4) nowotwory złośliwe. W przypadku kobiet w okresie rozrodczym konieczne jest wyrażenie zgody na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia i do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu. Do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksimabem/wedolizumabem, a ich dotychczasowe leczenie infliksimabem/wedolizumabem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że: 1) przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu, 2) łączny czas terapii infliksimabem/wedolizumabem nie jest dłuższy od łącznego czasu terapii indukcyjnej i podtrzymującej określonego poniżej,		W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 8 tygodni. **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) nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie, 4) nie zachodzą okoliczności o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia gdy kończy się udział pacjenta w programie. **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) przewlekła niewydolność nerek; 7) przewlekła niewydolność wątroby; 8) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 9) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każda czynna postępująca choroba wątroby; 10) ciąża lub karmienie piersią; 11) rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych, również w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu; 12) powikłania wymagające innego postępowania (np. leczenia operacyjnego). **3. Określenie czasu leczenia w programie** 1) terapia indukcyjna – infuzja infliksymabu/wedolizumabu w 0,2,6 tygodniu; 2) leczenie podtrzymujące infliksymabem/wedolizumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie jednakże nie dłużej niż 12		

miesięcy w przypadku infliksymabu oraz 54 tygodni w przypadku wedolizumabu, od momentu podania pierwszej dawki w terapii indukcyjnej. Odpowiedź definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI; **4. Zakończenie leczenia następuje w przypadku** 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 lub 2) wystąpienia działań niepożądanych leczenia, lub 3) wystąpienia powikłań wymagających innego specyficznego leczenia.		

Załącznik B.56.

LECZENIE OPORNEGO NA KASTRACJĘ RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10 C61)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>

1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii

1.1. Kryteria kwalifikacji

Do leczenia octanem abirateronu w ramach programu kwalifikują się chorzy na raka gruczołu krokowego z przerzutami spełniający poniższe kryteria:

1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza;
2) zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie;
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);
4) progresja choroby określona 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;
5) stopień złośliwości wg sumy Gleasona <8 określony na podstawie badania histopatologicznego;

</td>
<td>

1. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii

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).

Octan abirateronu należy przyjmować w skojarzeniu z małą dawką prednizonu lub prednizolonu. Zalecana dawka prednizonu lub prednizolonu wynosi 10 mg na dobę.

U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii, w trakcie leczenia abirateronem należy utrzymać supresję androgenową, z zastosowaniem agonistów LHRH.

Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym w charakterystyce produktu leczniczego.

2. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu

</td>
<td>

1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii

1.1. Badania przy kwalifikacji

1) histologicznie 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.

1.2. Monitorowanie leczenia

Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:
1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące;
2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;
3) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy co dwa tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, a następnie co miesiąc;

</td>
</tr>
</table>

6) nieleczenie opioidami z powodu objawów raka gruczołu krokowego (dopuszczalne jest stosowanie opioidów w przeszłości);
7) stan sprawności 0 według klasyfikacji WHO;
8) wiek powyżej 18. roku życia.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. 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.

1.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby (Klasa B lub C wg Child-Pugh);
3) aktywność aminotransferaz równa lub przekraczająca 2,5-krotną wartość górnego zakresu normy;
4) stężenie potasu poniżej dolnej granicy normy;
5) wcześniejsze stosowanie ketokonazolu z powodu raka gruczołu krokowego powyżej 7 dni;
6) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego;
7) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;
8) rozpoznanie drobnokomórkowego raka stercza.

1.4. Kryteria wyłączenia z programu

1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na octan abirateronu 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

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).

Octan abirateronu należy przyjmować w skojarzeniu z małą dawką prednizonu lub prednizolonu. Zalecana dawka prednizonu lub prednizolonu wynosi 10 mg na dobę.

U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii, w trakcie leczenia abirateronem należy utrzymać supresję androgenową, z zastosowaniem agonistów LHRH.

Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym w charakterystyce produktu leczniczego.

3. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem

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.

W przypadku pominięcia przyjęcia leku o zwykłej porze, przepisaną dawkę należy przyjąć tak szybko jak to możliwe.

W przypadku pominięcia dawki w danym dniu, leczenie należy wznowić następnego dnia przyjmując zazwyczaj stosowaną dawkę dobową.

Jeśli u pacjenta wystąpią objawy toksyczności stopnia ≥ 3 lub inne działania

4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;
5) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączania do programu lub wcześniej, w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie kryteriów zawartych w kryteriach progresji.

2. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu

2.1. 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.

2.2 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) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy co dwa tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, a następnie co miesiąc;
4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;
5) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączenia do programu lub w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie kryteriów zawartych w kryteriach progresji.

leku przeciwbólowego nastąpiło z powodu działań niepożądanych wywołanych przez lek dotychczas stosowany)

lub

- wystąpienie SRE (skeletal related events – zdarzeń kostnych)

lub

- pogorszenie sprawności pacjenta (wg Klasyfikacji WHO) 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.

2. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu

2.1. 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) w stadium oporności na kastrację, określonym na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl

niepożądane, należy przerwać stosowanie produktu na tydzień lub do czasu zmniejszenia objawów do stopnia ≤ 2. 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).

U chorych nie poddanych obustronnej orchiektomii należy kontynuować terapię farmakologiczną, której celem jest uzyskanie kastracji.

4. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223

4.1. Lek jest podawany we wstrzyknięciach dożylnych w dawce 55 kBq/kg mc.
4.2. Dawka leku nie może być modyfikowana.
4.3. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych kolejna dawka leku może być podana z opóźnieniem, jednak nie może ono wynieść więcej niż 4 tygodnie.
4.4. Warunkiem podania kolejnej dawki leku w przypadku, o którym mowa powyżej (w pkt 4.3.) 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;

3. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem

3.1. Badania przy kwalifikacji

1) histologiczne potwierdzenie rozpoznania raka gruczołu krokowego;
2) oznaczenie aktywności AlAT, AspAT i stężenia bilirubiny w surowicy, albumin, INR, oznaczenie stężenia wapnia w surowicy;
3) oznaczenie stężenia kreatyniny;
4) oznaczenie stężenia testosteronu;
5) oznaczenie stężenia PSA;
6) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonywana w ciągu ostatnich 6 miesięcy);
7) badania obrazowe (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny): klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy.

3.2. Monitorowanie leczenia

1) ocena stanu klinicznego;
2) badanie poziomu testosteronu co 3 miesiące;
3) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące, w przypadku zwiększenia stężenia, kolejne oznaczenia PSA w celu wykluczenia progresji biochemicznej wykonywać co 28-30 dni;
4) scyntygrafia nie rzadziej niż co 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych (w przypadku podejrzenia progresji w postaci nowych ognisk stwierdzanych w pierwszym badaniu w trakcie leczenia konieczne jest wykonanie badania kontrolnego po kolejnych ⩾6 tygodniach);
5) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej i wyjściowej lokalizacji przerzutów, badania oceniające odpowiedź wg RECIST (z wyjątkiem scyntygrafii kości) powinny być wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące.

lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryteriów w pkt 3 poniżej);
3) 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;
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.

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) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa B lub C wg Child-Pugh);
3) aktywność aminotransferaz równa lub przekraczająca 2,5-krotną wartość górnego zakresu normy;
4) wcześniejsze stosowanie ketokonazolu z powodu raka gruczołu krokowego;
5) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego;
6) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu.

c) w przypadku kompresji rdzenia kręgowego, do której dojdzie w trakcie leczenia, stosowanie leku może być kontynuowane, jeżeli 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.

4. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223

4.1. 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, scyntygrafię 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),
   e) scyntygrafia kości,
   f) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy,
   g) rtg lub tomografia komputerowa klatki piersiowej.

4.2. 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, w przypadku zwiększenia stężenia, kolejne oznaczenia PSA w celu wykluczenia progresji biochemicznej wykonywać co 28-30 dni;
3) po zakończeniu leczenia w programie, w okresie 4-8 tygodni od momentu podania ostatniej dawki leku,

2.4. Kryteria wyłączenia z programu

1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na octan abirateronu 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 wytycznymi zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;
4) rezygnacja świadczeniobiorcy.

jednorazowo wykonuje się badania określone w pkt 1);
4) inne badania w razie wskazań klinicznych, zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego.

5. 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.

3. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem **3.1. 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) progresja choroby podczas lub po zakończeniu leczenia z udziałem docetakselu, definiowana jako spełnienie co najmniej jednego spośród trzech poniższych kryteriów, określonych w lit. a-c: a) wzrastające wartości PSA w trzech kolejnych badaniach wykonywanych w co najmniej tygodniowych odstępach. Minimalny wzrost stężenia PSA wynosi przynajmniej 50% w stosunku do wartości wyjściowej wynoszącej >2 ng/ml, b) wystąpienie objawów progresji zmian w tkankach miękkich ocenianych wg kryteriów RECIST, c) wystąpienie objawów progresji zmian w kościach definiowanych jako co najmniej dwie nowe zmiany w badaniach obrazowych kości wg Prostate Cancer Working Group 2 (pojawienie się co najmniej 2 nowych ognisk wzmożonego wychwytu w scyntygrafii kości). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **3.2. 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) choroby układu sercowo-naczyniowego: zawał mięśnia sercowego przebyty wciągu ostatnich 6 miesięcy lub niestabilna dusznica bolesna (w ostatnich 3 miesiącach), lub niewydolność serca klasy III lub IV według NYHA, lub istotne i niekontrolowane zaburzenia rytmu, lub przewodnictwa serca (w tym QTcF > 470 ms), lub nieleczone albo niepoddające się leczeniu znaczne nadciśnienie tętnicze;		

4) dziedziczna nietolerancja fruktozy; 5) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu; 6) napady padaczkowe w wywiadzie lub inne opisane w wywiadzie czynniki predysponujące do ich wystąpienia. **3.3. 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. **3.4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby w trakcie stosowania enzalutamidu zdefiniowana jako spełnienie co najmniej jednego spośród trzech poniższych kryteriów, podanych w punktach a - c: a) wzrastające wartości PSA w trzech kolejnych badaniach wykonywanych w co najmniej tygodniowych odstępach. Minimalny wzrost stężenia PSA wynosi przynajmniej 50% w stosunku do nadiru i wynosi w wartościach bezwzględnych przynajmniej 5 ng/ml, b) wystąpienie objawów progresji zmian w tkankach miękkich ocenianych wg kryteriów RECIST, c) wystąpienie objawów progresji zmian w kościach definiowanych jako co najmniej dwie nowe zmiany w badaniach obrazowych kości wg Prostate Cancer Working Group 2 (pojawienie się co najmniej 2 nowych ognisk wzmożonego wychwytu w scyntygrafii kości; w przypadku ich stwierdzenia w pierwszym badaniu w trakcie leczenia dodatkowo konieczne jest stwierdzenie co najmniej 2 kolejnych nowych ognisk w kolejnej scyntygrafii wykonanej po co najmniej 6 tygodniach.); 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na enzalutamid lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z zaleceniami zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego; 4) rezygnacja świadczeniobiorcy.		

4. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223 **4.1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologiczne lub cytologiczne rozpoznanie raka gruczołu krokowego; 2) kastracyjne stężenie testosteronu (poniżej 50 ng/dl) pomimo prowadzonego farmakologicznego leczenia kastracyjnego (farmakologiczne leczenie kastracyjne powinno być kontynuowane) lub po wykonanej kastracji chirurgicznej; 3) progresja nowotworu definiowana 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; 4) potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności co najmniej 6 przerzutów do kości; 5) bóle kostne wymagające stałego stosowania leków przeciwbólowych lub paliatywnej radioterapii w okresie nie więcej niż 12 tygodni przed rozpoczęciem leczenia; 6) brak przerzutów do narządów trzewnych z wyjątkiem przerzutów do węzłów chłonnych miednicy o wymiarze mniejszym lub równym 2 cm w osi krótkiej; 7) leczenie docetakselem ukończone co najmniej 4 tygodnie przed rozpoczęciem leczenia radem-223 lub obecność udokumentowanych przeciwwskazań do zastosowania docetakselu; 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 x 10^5/mm^3, b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1500/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. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **4.2. 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. **4.3. 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) 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); 5) obecność przerzutów do mózgu niekontrolowanych leczeniem miejscowym; 6) 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; 7) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału; 8) obecność jakichkolwiek innych stanów lub schorzeń, które w opinii lekarza mogą stanowić przeciwwskazanie do zastosowania dichlorku radu Ra-223. **4.4. 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) pogorszenie stanu sprawności ogólnej o co najmniej 2 stopnie wg ECOG w stosunku do wartości wyjściowej; 4) 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; 5) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału; 6) 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; 7) jakiekolwiek inne poważne schorzenie, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwia kontynuację leczenia dichlorkiem radu Ra-223.		

Załącznik B.57.

LECZENIE SPASTYCZNOŚCI KOŃCZYNY GÓRNEJ PO UDARZE MÓZGU Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD-10 I61, I63, I69)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji:
1) do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie następujące kryteria:
a) w wieku ≥ 18 roku życia,
b) po przebytym niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu w okresie co najmniej 3 miesięcy przed włączeniem do programu, udokumentowanym wypisem ze szpitala,
c) z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny górnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej;
2) do programu nie kwalifikuje się pacjentów w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów:
a) nasilone zaburzenia połykania lub zaburzenia oddechowe,
b) ciąża,
c) miastenia i zespół miasteniczny - na podstawie badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach),
d) objawy uogólnionego zakażenia,
e) obecność stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania,</td>
<td>Dawkowanie:
1. Botulinum A toxin ā 500 j. i Botulinum A toxin a 300j. (Dysport)
1) maksymalna dawka jednorazowa wynosi 1100 j.;
2) lek podaje się wielopunktowo (z wyjątkiem małych mięśni) w zakresach dawek przedstawionych poniżej oraz zgodnie z doświadczeniem klinicznym podającego:
a) mięsień zginacz palców głęboki: 100-200 j.,
b) mięsień zginacz palców powierzchowny: 100–200 j.,
c) mięsień zginacz nadgarstka łokciowy: 100-200 j.,
d) mięsień zginacz nadgarstka promieniowy: 100-200 j.,
e) mięsień przywodziciel kciuka: 25-50 j.,
f) mięsień zginacz kciuka: 100-200 j.,
g) mięsień dwugłowy ramienia: 200–400 j.;
3) częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta - maksymalnie 3 razy w okresie roku, nie częściej niż co 12 tygodni.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji:
1) badanie neurologiczne:
a) ocena spastyczności w skali Ashworth,
b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej według skali Medical Research Council (MRC) (0-5 w poszczególnych grupach mięśniowych),
c) ocena funkcji poznawczych według skali MMSE, z wyłączeniem chorych z aleksją lub agrafią lub afazją,
d) opisowa ocena czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością;
2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR w dniu podania nie więcej niż 2,5);
3) ocena stanu ruchowego;

2. Monitorowanie leczenia:
Podczas wizyt kontrolnych, o których mowa w pkt. 3 w kolumnie „Świadczeniobiorcy”, przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku wykonuje się:</td>
</tr>
</table>

f) utrwalone przykurcze w tkankach miękkich i stawach,
g) otępienie średniego lub głębokiego stopnia (wynik w skali Mini-Mental State Examination równy lub mniejszy niż 18 punktów), z wyjątkiem pacjentów z aleksją lub agrafią lub afazją;

3) kwalifikacja pacjenta do programu następuje kiedy pacjent ma wyznaczony termin rozpoczęcia rehabilitacji medycznej potwierdzony przez podmiot udzielający świadczeń rehabilitacyjnych;
4) podanie leku musi nastąpić nie wcześniej niż 3 tygodnie przed rozpoczęciem rehabilitacji medycznej.

2. Określenie czasu leczenia w programie:

Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący leczenie pacjenta, jednak maksymalny czas leczenia w ramach programu nie może być dłuższy niż dwa lata.

W przypadku wystąpienia u pacjenta przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu, pacjent zostaje wyłączony z programu bez zbędnej zwłoki.

3. Podawanie leku w ramach programu

1) leczenie w programie obejmuje maksymalnie do 6 podań leku w okresie do 2 lat;
2) o liczbie podań, jaką otrzyma pacjent, decyduje lekarz prowadzący. Liczba podań leku zależy od uzyskania przez pacjenta dobrej odpowiedzi na leczenie, która będzie weryfikowana podczas wizyt kontrolnych:
   a) pierwsza wizyta kontrolna po 4 tygodniach (±1 tydzień) od podania pierwszej dawki leku,
   b) kolejna wizyta kontrolna bezpośrednio przed oczekiwanym kolejnym podaniem leku - po 12

W wyjątkowo trudnych przypadkach możliwe jest podawanie leku pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia lub ultrasonografii.

2. Botulinum A toxin ā 100 j. (Botox)

1) maksymalna dawka jednorazowa wynosi 360 j.;
2) lek podaje się w 1 do 2 miejsc w zakresach dawek przedstawionych poniżej oraz zgodnie z doświadczeniem klinicznym podającego:
   a) mięsień zginacz palców głęboki: 15-50 j.,
   b) mięsień zginacz palców powierzchowny: 15-50 j.,
   c) mięsień zginacz nadgarstka promieniowy: 15-60 j.,
   d) mięsień zginacz nadgarstka łokciowy: 10-50 j.,
   e) mięsień przywodziciel kciuka: 20 j.,
   f) mięsień zginacz kciuka: 20 j.,
   g) mięsień dwugłowy ramienia: 50-100 j.;
3) częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta – maksymalnie 3 razy w okresie roku, nie częściej niż co 12 tygodni.

W wyjątkowo trudnych przypadkach możliwe jest podawanie leku pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia lub ultrasonografii.

3. Botulinum A toxin ā 100 j. (Xeomin)

1) maksymalna dawka jednorazowa wynosi 400 jednostek;
2) lek podaje się wielopunktowo (z wyjątkiem małych mięśni) w zakresach dawek przedstawionych poniżej oraz zgodnie z doświadczeniem klinicznym podającego:

1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w MAS (poprawa o ≥1 pkt), która stanowi kryterium podania kolejnych dawek leku;
2) ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta oceniana za pomocą skali CGI – I (Clinical Global Imperssion – Improvement Scale);
3) ocenę stanu ruchowego spastycznej kończyny;
4) ocenę spastyczności w skali Ashworth;
5) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej według skali Medical Research Council (MRC) (0-5 w poszczególnych grupach mięśniowych);
6) opisową ocenę czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością;
7) w dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji.

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.

tygodniach (±1 tydzień) od podania poprzedniej dawki leku. **4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 2) utrwalony przykurcz kończyny górnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie; 3) potwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego; 4) objawy uogólnionego zakażenia; 5) ciężkie zaburzenia połykania i oddychania; 6) ciąża lub karmienie piersią; 7) wystąpienie stanu zapalnego w okolicy miejsca podania; 8) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku; 9) wszczepienie pompy baklofenowej; 10) przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy); 11) powstanie oporności na lek; 12) brak rehabilitacji pacjenta w okresie między kolejnymi podaniami leku (co najmniej dwukrotnie w ciągu każdych 12 miesięcy leczenia); 13) brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku. Pacjenta uznaje się za odpowiadającego na leczenie, gdy po podaniu dwóch dawek leku doszło u niego do spadku napięcia mięśniowego o ≥ 1 punkt w skali Ashwortha/MAS względem wartości wyjściowych, w co najmniej jednej leczonej grupie mięśni objętej spastycznością umiarkowaną lub ciężką. Uzyskanie odpowiedzi na leczenie umożliwia podanie pacjentowi dwóch kolejnych dawek leku.	a) mięsień zginacz promieniowy nadgarstka: 25-100 j., b) mięsień zginacz łokciowy nadgarstka: 20-100 j., c) mięsień zginacz powierzchniowy palców: 40-100 j., d) mięsień zginacz głęboki palców: 40-100 j., e) mięsień ramienno-promieniowy: 25-100 j., f) mięsień dwugłowy: 75- 200 j., g) mięsień ramienny: 25-100 j., h) mięsień nawrotny czworoboczny: 10-50 j., i) mięsień nawrotny obły: 25-75 j., j) mięsień zginacz długi kciuka: 10-50 j., k) mięsień przywodziciel kciuka: 5-30 j., l) mięsień zginacz krótki kciuka / mięsień przeciwstawiacz kciuka: 5-30 j.; 3) częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta - maksymalnie 3 razy w okresie roku, nie częściej niż co 12 tygodni. W wyjątkowo trudnych przypadkach możliwe jest podawanie leku pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia lub ultrasonografii.	

Załącznik B.58.

LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA ŻOŁĄDKA (ICD-10 C16)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Program obejmuje leczenie chorych na raka żołądka z przerzutami trastuzumabem w skojarzeniu z cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologiczne rozpoznanie gruczolakoraka żołądka z obecnością przerzutów odległych; 2) nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka określana jako wynik IHC /3+/; 3) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej lub ocenialnej; 4) stan sprawności 0-1 wg WHO; 5) niestosowanie w przeszłości leczenia systemowego z powodu przerzutowego raka żołądka; 6) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej i badania ECHO (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu) z frakcją wyrzutu lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%; 7) ukończenie 18 roku życia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Podawanie trastuzumabu jest kontynuowane po zakończeniu chemioterapii do wystąpienia progresji choroby lub istotnej klinicznie toksyczności, która nakazuje zaprzestanie leczenia.	**1. Leczenie chorych na raka żołądka z przerzutami trastuzumabem w skojarzeniu z cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną** Trastuzumab stosowany jest co 3 tygodnie – pierwsza dawka leku wynosi 8 mg/kg masy ciała i.v., a następne 6 mg/kg. Chemioterapia rozpoczynana jest w dniu podania pierwszej dawki trastuzumabu i polega na zastosowaniu jednego z dwu schematów: 1) cisplatyna 80 mg/m^2 i.v dzień 1 oraz fluorouracyl wlew ciągły i.v. 800 mg/ m^2 na dobę dni 1-5; cykle powtarzane co 3 tygodnie; 2) cisplatyna 80 mg/m^2 i.v dzień 1 oraz kapecytabina 1000 mg/ m^2 2 x dziennie p.o. w dniach 1-14; cykle powtarzane co 3 tygodnie. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków cytotoksycznych maksymalnie o 25% w zależności od toksyczności lub opóźnienie podania kolejnego kursu. W przypadku nietolerancji jednej z fluoropirymidyn możliwa jest zmiana schematu chemioterapii na alternatywny (zamiana fluorouracylu na kapecytabinę	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie immunohistochemiczne (ocena nadekspresji receptora HER2); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny; b) stężenie ALAT; c) stężenie AspAT; d) stężenie bilirubiny; e) stężenie sodu; f) stężenie potasu; g) stężenie wapnia. 4) RTG lub KT klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian; 5) KT jamy brzusznej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni); 6) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny sytuacji klinicznej); 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; 8) próba ciążowa (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę); 9) KT lub MRI mózgu (tylko, gdy są wskazania kliniczne).

Maksymalna liczba cykli chemioterapii cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną wynosi 6. **3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie** 1) przebyta chemioterapia z powodu przerzutowego raka żołądka; 2) nadwrażliwość na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze; 3) nasilona 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 przeciwskazanie 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	lub odwrotnie).	**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.**

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.		**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 5. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Załącznik B.59.

LECZENIE CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD -10 C43)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych ipilimumabem		
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia: 1) histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV; 2) nieskuteczne wcześniejsze jedno leczenie systemowe czerniaka lub brak tolerancji nie pozwalający na jego kontynuację (nie dotyczy chorych, którzy otrzymywali uzupełniające leczenie pooperacyjne – wymienieni chorzy mogą być kwalifikowani do leczenia ipilimumabem po wspomnianym leczeniu uzupełniającym oraz jednej linii leczenia systemowego z powodu uogólnienia nowotworu); 3) rozpoczynanie leczenia ipilimumabem w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia (chemioterapia, immunoterapia, biochemioterapia, radioterapia, chirurgiczne leczenie); 4) nieobecne przerzuty w mózgu lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu; 5) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1; 6) wiek ≥ 18 lat;	**1. Dawkowanie:** Zalecana dawka ipilimumabu wynosi 3 mg/kg i obejmuje 4 podania w odstępach co 3 tygodnie (leczenie w tygodniach 1, 4, 7 i 10). Lek podawany jest w 90-minutowym wlewie dożylnym. Zaleca się pierwszą pełną ocenę odpowiedzi nowotworu na leczenie po tygodniu 12 lub po podaniu ostatniej dawki całego leczenia. Dawkę całkowitą należy obliczyć następująco: - masa ciała pacjenta w kg x 3 mg = dawka całkowita w mg. Całkowitą objętość wlewu należy obliczyć następująco: - dawka całkowita w mg ÷ 5 mg/ml = objętość wlewu w ml. Szybkość wlewu należy obliczyć następująco: - objętość wlewu w ml ÷ 90 minut = szybkość wlewu w ml/min. Ipilimumab nie może być stosowany łącznie z:	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) histologiczne potwierdzenie czerniaka; 2) diagnostyka obrazowa: RTG, TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach – zmiany w tkance podskórnej/skórze); 3) pomiar masy ciała; 4) pełne badanie przedmiotowe; 5) ocena sprawności w skali ECOG; 6) badania laboratoryjne: a) badania hematologiczne: hemoglobina, pełna morfologia z rozmazem (włącznie z bezwzględną liczbą limfocytów) oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: albuminy, fosfataza alkaliczna, amylaza, aminotransferazy (ALT/AST), bilirubina (związana i całkowita), wapń, kreatynina, glukoza, mocznik, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), białko całkowite, kwas moczowy, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4, c) badanie ogólne moczu. **2. Monitorowanie leczenia:**

7) antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz do 26 tygodni po podaniu ostatniej dawki ipilimumabu; 8) laboratoryjne badania (przed rozpoczęciem leczenia) o wartościach: a) liczba białych krwinek ≥ 2000/µl, b) liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥ 1000/µl, c) liczba płytek ≥ 75 x 10^3/µl, d) stężenie hemoglobiny ≥9 g/dl (możliwe przetoczenie krwi/produktów krwiopochodnych), e) stężenie kreatyniny ≤ 2 x GGN (górna granica normy), f) aktywność aminotransferaz AST/ALT ≤ 2,5 x GGN u pacjentów bez przerzutów do wątroby i ≤ 5 x GGN u pacjentów z przerzutami do wątroby, g) stężenie bilirubiny ≤ 2 x GGN (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta, u których stężenie bilirubiny całkowitej musi być niższe niż 3,0 mg/dl). **2. Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie – w przypadku dobrej tolerancji i uzyskania obiektywnych korzyści – może trwać 10 tygodni (zastosowanie leku w tygodniach 1., 4., 7. i 10.). W przypadku wystąpienia objawów nietolerancji lub cech progresji choroby według kryteriów immunologicznej odpowiedzi leczenie powinno być odroczone lub przerywane. Kryteria immunologicznej odpowiedzi: - irCR – całkowite ustąpienie wszystkich zmian (mierzalnych i niemierzalnych oraz brak nowych zmian) potwierdzone przez powtórną oceną wykonaną nie mniej niż 4 tygodnie od daty pierwszej dokumentacji; - irPR – zmniejszenie się zaawansowania nowotworu ≥ 50% względem stanu wyjściowego potwierdzone kolejną oceną	a) innym przeciwciałem monoklonalnym; b) inhibitorem kinazy BRAF; c) inhibitorem kinazy MEK.	1) diagnostyka obrazowa: RTG, TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach) – po 12 tygodniach leczenia; 2) pomiar masy ciała; 3) pełne badanie przedmiotowe; 4) ocena sprawności w skali ECOG; 5) badania laboratoryjne: a) badania hematologiczne: hemoglobina, pełna morfologia z rozmazem (włącznie z bezwzględną liczbą limfocytów) oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: albuminy, fosfataza alkaliczna, amylaza, aminotransferazy (ALT/AST), bilirubina (związana i całkowita), wapń, kreatynina, mocznik, kwas moczowy, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), białko całkowite, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu), TSH i wolna T4, c) badanie ogólne moczu; 6) ocena zdarzeń niepożądanych. Wyniki wszystkich badań (biochemicznych i hematologicznych), muszą być dostępne i przeanalizowane przed każdym podaniem leku. Zaleca się, aby wszystkie próbki do badań laboratoryjnych w fazie indukcji były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki ipilimumabu. **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

wykonana przynajmniej 4 tygodnie po pierwszej dokumentacji; - irSD – nieobecność kryteriów irCR lub irPR oraz nieobecność irPD; - irPD – zwiększenie zaawansowania guza o ≥ 25% względem minimalnego zarejestrowanego stopnia zaawansowania potwierdzone powtórną oceną wykonaną nie mniej niż 4 tygodnie od daty pierwszej dokumentacji. Czasowe przerwanie (zawieszenie) leczenia może mieć miejsce w przypadku wystąpienia poważnych działań niepożądanych lub znaczącego pogorszenia stanu sprawności pacjenta. W razie wystąpienia przynajmniej jednego z następujących zdarzeń niepożądanych konieczne może być wstrzymanie dawki ipilimumabu: 1) jakiekolwiek zdarzenie niepożądane stopnia ≥ 2 niezwiązane ze skórą (włącznie z irAE), z wyjątkiem nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych; 2) jakikolwiek nieprawidłowy wynik badania laboratoryjnego w stopniu ≥ 3; 3) jakiekolwiek zdarzenie niepożądane stopnia ≥ 3 dotyczące skóry, niezależnie od związku przyczynowego. Należy wznowić leczenie ipilimumabem, jeżeli nasilenie zdarzeń niepożądanych zmniejszy się do stopnia ≤ 1 a następnie powrócić do dawkowania do chwili podania wszystkich 4 dawek lub do 16 tygodni po pierwszej dawce, cokolwiek nastąpi wcześniej. Następujące zdarzenia niepożądane związane z leczeniem wymagają trwałego przerwania leczenia ipilimumabem:		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.

1) jakiekolwiek zdarzenie niepożądane w stopniu ≥ 3 niezwiązane ze skórą, z wyjątkiem nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych; 2) jakikolwiek nieprawidłowy wynik badania laboratoryjnego stopnia ≥ 4 z wyjątkiem AST, ALT lub bilirubiny całkowitej; 3) aktywność AST lub ALT >8 GGN; 4) stężenie bilirubiny całkowitej > 5 GGN; 5) dowolne inne zdarzenie niepożądane stopnia ≥ 4; 6) jakikolwiek ból oka lub zmniejszenie ostrości widzenia stopnia ≥ 2, które nie reaguje na leczenie miejscowe i nie ulega poprawie do stopnia ≤ 1 w ciągu 2 tygodni od rozpoczęcia leczenia, bądź które wymaga leczenia ogólnoustrojowego. **3. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres badania oraz przez 8 tygodni po jego zakończeniu; 2) kobiety w ciąży lub karmiące piersią; 3) kobiety z dodatnim wynikiem testu ciążowego przy włączeniu do badania lub przed podaniem ipilimumabu; 4) chorzy przyjmujący jakiekolwiek inne ogólnoustrojowe leczenie przeciwnowotworowe (w tym – jakiekolwiek leczenie eksperymentalne); 5) chorzy z autoimmunologicznymi chorobami – potwierdzoną chorobą zapalną jelit w wywiadzie (w tym – wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna), objawową chorobą układową w wywiadzie (np. reumatoidalne zapalenie stawów, postępująca twardzina uogólniona, toczeń rumieniowaty układowy, autoimmunologiczne zapalenie naczyń), zaburzenia neuropatyczne pochodzenia autoimmunologicznego (zespół Guillaina-Barrégo lub		

miastenia). Nie dotyczy przypadków występowania bielactwa nabytego; 6) chorzy z potwierdzonym zakażeniem HIV, HBV lub HCV (niezależnie od skuteczności stosowanego leczenia przeciwwirusowego); 7) chorzy z innym współistniejącym nowotworem złośliwym (wyjątek – odpowiednio leczony rak podstawnokomórkowy lub płaskonabłonkowy skóry, rak powierzchniowy pęcherza lub rak szyjki macicy *in situ*); 8) chorzy przyjmujący jakiekolwiek nieonkologiczne szczepienia przeciwko chorobom zakaźnym w okresie 4 tygodni przed i 4 tygodni po każdej dawce ipilimumabu (wyjątek – amantadyna i flumadyna); 9) chorzy ze stanami zagrażającymi życiu, które wymagają podawania dużych dawek leków immunosupresyjnych oraz długotrwałego stosowania kortykosteroidów 10) chorzy na czerniaka gałki ocznej.		
Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem		
1. Kryteria kwalifikacji: 1) histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV; 2) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST; 3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry albo nieskuteczne wcześniejsze jedno leczenie systemowe czerniaka lub brak tolerancji nie pozwalający na jego kontynuację. Za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;	**1. Dawkowanie:** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Niwolumab lub pembrolizumab nie może być stosowany łącznie z: a) innym przeciwciałem monoklonalnym; b) inhibitorem kinazy BRAF; c) inhibitorem kinazy MEK.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) histologiczne potwierdzenie czerniaka; 2) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach – zmiany w tkance podskórnej lub skórze); 3) pomiar masy ciała; 4) pełne badanie przedmiotowe; 5) ocena sprawności w skali ECOG; 6) ocena obecności mutacji BRAF V600; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) elektrokardiogram (EKG);

4) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anty-PD-1; 5) rozpoczynanie leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia; 6) brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu; 7) wiek ≥ 18 lat; 8) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1; 9) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, a w szczególności: a) liczba leukocytów ≥ 2000/µL, b) liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥ 1000/µL, c) liczba płytek ≥ 75 000/µL, d) stężenie hemoglobiny ≥ 9 g/dL lub ≥ 5,6 mmol/L e) stężenie kreatyniny w surowicy ≤ 1,5 x GGN f) aktywność AST/ALT ≤ 2,5 x GGN stężenie bilirubiny całkowitej ≤ 1,5 x GGN lub bilirubiny bezpośredniej ≤ GGN u pacjentów z poziomem bilirubiny całkowitej > 1,5 GGN 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek. Kryteria kwalifikacji musza 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.		9) badania laboratoryjne: a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) 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, c) badanie ogólne moczu. **2. Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet** w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz 4 miesiące po podaniu ostatniej dawki niwolumabu lub pembrolizumabu. **3. Monitorowanie leczenia:** 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) a) dla niwolumabu - po 12 tygodniach leczenia, a następnie co 3 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; b) dla pembrolizumabu - przed upływem 12 tygodnia leczenia, następnie co 3 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; 2) badania laboratoryjne dla pembrolizumabu co 6 – 12 tygodni: a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina

3. Kryteria wyłączenia z programu: 1) progresja choroby; 2) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą; 3) wystąpienie epizodu ciężkiej toksyczność niezwiązanej z lekiem; 4) brak możliwości zmniejszenia dawek kortykosterydów stosowanych z powodu leczenia działań niepożądanych do dawki ≤ 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 50% powyżej w stosunku do wartości wyjściowych i trwa 1 tydzień lub dłużej; 9) wystąpienie po raz drugi epizodu toksyczności stopnia 3 lub 4;		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, c) badanie ogólne moczu.. 3) badania laboratoryjne dla niwolumabu co 4-12 tygodni: a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) 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, c) badanie ogólne moczu.. 4) Ocena działań niepożądanych. **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,

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.		zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.60.

LECZENIE CHOROBY GAUCHER'A TYPU I (ICD-10 E 75.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Świadczeniobiorców do leczenia kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. **1.Kryteria kwalifikacji do leczenia welaglucerazą alfa:** Do programu kwalifikowani są świadczeniobiorcy ze stwierdzonym brakiem lub znacznym niedoborem aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzonym badaniem molekularnym. Refundowane jest leczenie świadczeniobiorców z typem I choroby. Nie jest refundowane leczenie świadczeniobiorców z asymptomatyczną (bezobjawową) postacią choroby Gaucher'a. **2. Określenie czasu leczenia w programie w przypadku leczenia welaglucerazą alfa** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	**1. Dawkowanie welaglucerazy alfa:** Zalecana dawka leku wynosi 60 jednostek/kg i jest podawana co 14 ± 3 dni. Dawka leku może być zmodyfikowana od 15 do 60 jednostek/kg podawane co 14 ± 3 dni indywidualnie dla każdego pacjenta w oparciu o osiągnięte i utrzymane cele terapeutyczne. Maksymalna dawka leku wynosi 60 jednostek/kg podawana co 14 ± 3 dni. Świadczeniobiorcy aktualnie leczeni w związku z chorobą Gaucher'a typu I za pomocą enzymatycznej terapii zastępczej z zastosowaniem imiglucerazy, mogą przejść na terapię welaglucerazą alfa stosując taką samą dawkę i taką samą częstość dawkowania.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia welaglucerazą alfa:** 1) Stwierdzenie braku lub znacznego niedoboru aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) Ocena miana przeciwciał przeciwko welaglucerazie alfa (nie jest badaniem obligatoryjnym); 3) Morfologia krwi pełna, z rozmazem; 4) Układ krzepnięcia; 5) Próby wątrobowe: ALAT, AspAT, bilirubina; 6) Stężenie fosfatazy alkalicznej; 7) Stężenie witamin B_{12}, E, D; 8) Stężenie cholesterolu; 9) Chitotriozydaza; 10) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości (z podaniem wymiarów) wątroby i śledziony; 11) EKG; 12) RTG płuc; 13) Pomiary antropometryczne; 14) Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich; 15) Ocena jakości życia SF 36; 16) Konsultacja ortopedyczna; 17) Konsultacja kardiologiczna. **2. Monitorowanie leczenia welaglucerazą alfa** **2.1. Raz na 180 dni** 1) Ocena miana przeciwciał przeciwko welaglucerazie alfa (nie jest badaniem obligatoryjnym; decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół

3. Kryteria wyłączenia w przypadku leczenia welaglucerazą alfa: 1) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na welaglucerazę alfa; 2) Znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo podjętego leczenia; 3) Pacjenci z asymptomatyczną (bezobjawową) postacią choroby Gaucher'a; 4) Pacjenci z typem II i III choroby; 5) Dzieci poniżej 2 roku życia; 6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich); 2) Morfologia krwi pełna, z rozmazem; 3) Układ krzepnięcia. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie świadczeniobiorców z chorobą Gaucher'a. **2.2. Co 365 dni** 1) Chitotriozydaza; 2) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości (z podaniem wymiarów) wątroby i śledziony; 3) EKG; 4) RTG płuc; 5) Pomiary antropometryczne (u dzieci do zakończenia fazy wzrostu); 6) Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich; 7) Ocena jakości życia SF 36 (opcjonalnie); 8) Konsultacja ortopedyczna (opcjonalnie); 9) Konsultacja kardiologiczna (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) 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.

Załącznik B.62.

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**
1. Kryteria włączenia do programu: 1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej; 2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności; 3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6); 4) wiek ≥ 18 lat. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)** 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	**1. Substancja czynna:** immunoglobulina ludzka normalna (Ig) **2. Sposób podania:** dożylnie (IVIg) lub podskórnie (SCIg) **3. Dawkowanie:** 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. **IVIg** (podanie dożylne) - 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. **SCIg** (podanie podskórne) - dawka początkowa od 0,1 do 0,15 g/kg m.c. w ciągu jednego tygodnia, a następnie dawki podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c. Dawkowanie powinno prowadzić do osiągnięcia poziomu IgG w wysokości co najmniej 5,0 g/l (mierzonego w surowicy przed kolejnym podaniem - w przypadku IVIg lub podczas wizyt	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) poziom glukozy w surowicy krwi; 4) oznaczenie w żylnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych; 5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP); 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR; 7) poziom białka C-reaktywnego (CRP); 8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi; 10) USG, RTG, TK lub MRI (w zależności od wskazań klinicznych): klatki piersiowej, zatok obocznych nosa

z wykorzystaniem Ig spełniali kryteria włączenia do programu.
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.

3. Określenie czasu leczenia w programie:

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;
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;
3) weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta jest przeprowadzana raz w roku przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej.

4. Kryteria wyłączenia:

1) wystąpienie powikłań, stanowiących

kontrolnych - w przypadku SCIg).

Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w warunkach szpitalnych, według następującego schematu:

1) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG.
2) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania SCIg -samodzielnego lub przez opiekuna prawnego
3) pacjent lub opiekunowie prawni 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 podjąć w przypadku ich wystąpienia,
4) pacjent otrzymuje preparaty SCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta,
5) preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.

lub czołowych, jamy brzusznej;
11) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV i HIV metodą PCR;
12) badanie wirusologiczne EBV metodą PCR w zależności od wskazania klinicznego.

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.

2. Monitorowanie leczenia:

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;
2) liczebność subpopulacji limfocytów w żylnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych;
3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy;
4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy;
5) ocena funkcji wątroby: poziomy AlAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy;
6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy;
7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy;
8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy;
9) masa ciała na każdej wizycie;
10) ciśnienie krwi na każdej wizycie;
11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok

bezwzględne przeciwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej lub 2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej lub 3) brak zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na kontynuację udziału w programie lekowym.		obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych); 12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych 13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego. **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.

Załącznik B.63.

LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA Z ZASTOSOWANIEM AFATYNIBU I NINTEDANIBU (ICD-10 C 34)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA Z ZASTOSOWANIEM AFATYNIBU		
1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego (wraz z podtypami) lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. Not Otherwise Specified, NOS); 2) potwierdzenie obecności mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR); 3) zaawansowanie miejscowe (stopień III – z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV); 4) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia (obecność przerzutów) lub miejscowego zaawansowania (z wyłączeniem chemioterapii uzupełniającej); 5) zmiany nowotworowe możliwe do zmierzenia według kryteriów RECIST 1.1. (ang. Response Evaluation Criteria In Solid Tumors, RECIST). Jeżeli pierwotny guz płuca nie istnieje (stan po resekcji płuca, nowotwór płuca bez ogniska pierwotnego), konieczne jest wykazanie w badaniach obrazowych przerzutowych zmian mierzalnych lub policzalnych zmian niemierzalnych; 6) w przypadku pojedynczej zmiany – umiejscowienie poza obszarem wcześniejszego napromieniania; 7) istnienie możliwości przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w	Dawkowanie leków w programie i modyfikowanie leczenia powinno być zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**Badania przy kwalifikacji do leczenia afatynibem** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami włączenia; 2) ocena obecności aktywującej mutacji genu EGFR; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 9) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 10) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza lub klasyczne badanie RTG klatki piersiowej w przypadku zmiany dobrze mierzalnej, otoczonej przez prawidłowo upowietrzniony miąższ płucny; 11) badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej.

badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1.; 8) wiek powyżej 18 roku życia; 9) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO; 10) wykluczenie obecności istotnych klinicznie chorób współwystępujących (szczególnie – niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, niestabilna choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatniego roku, komorowe zaburzenia rytmu wymagające leczenia); 11) brak przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz brak objawów neurologicznych i brak konieczności zwiększania dawki glikokortyko-steroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 12) prawidłowa czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 13) prawidłowa czynność nerek: a) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy lub b) klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min; 14) prawidłowa czynność wątroby: a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, b) aktywność transaminaz i fosfatazy zasadowej nieprzekraczająca 3-krotnie górnej granicy normy lub nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy w przypadku wzrostu związanego z przerzutami w wątrobie; 15) brak przeciwwskazań do stosowania afatynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 16) wykluczone stosowanie jednoczesnej chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie**		**2. Monitorowanie leczenia** 1) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza lub klasyczne badanie RTG klatki piersiowej w przypadku zmiany dobrze mierzalnej, otoczonej przez prawidłowo upowietrzniony miąższ płucny; 2) badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia – USG, rezonans magnetyczny– MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej; 3) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny). Badania wykonywane są przed rozpoczęciem leczenia, po 6 tygodniu leczenia w przypadku pkt. 3) lub po 8 tygodniu leczenia w przypadku pkt. 1) lub 2), a następnie w odstępach 3-miesięcznych. W przypadku wystąpienia u chorego objawów hepatotoksyczności dopuszcza się większą częstotliwość badań czynności wątroby. **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-

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie: 1) z zasadami terapii określonymi w pkt 2.1 - 2.5 oraz 2) z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3. 2.1. Stosowanie afatynibu w ramach pierwszej linii leczenia jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii. 2.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): 1) przed leczeniem – nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku; 2) w czasie leczenia – pierwsza ocena po 8 tygodniach, a kolejne w odstępach 3-miesięcznych – ważność badania – 14 dni. 2.3. Badania obrazowe obejmują: 1) ocenę zmiany pierwotnej: a) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza lub b) badanie RTG klatki piersiowej w przypadku zmiany dobrze mierzalnej, otoczonej przez prawidłowo upowietrzniony miąższ płucny; 2) ocenę zmian przerzutowych - w zależności od sytuacji klinicznej i lokalizacji badanie tomografii komputerowej lub inne badania obrazowe (USG, rezonans magnetyczny, scyntygrafia i inne) pozwalające na pomiar zmian mierzalnych. Badania obrazowe w trakcie leczenia powinny obejmować ocenę zmian mierzalnych, które zostały opisane przed rozpoczęciem leczenia. 2.4. Jeżeli pierwotny guz płuca nie istnieje (stan po resekcji płuca, nowotwór płuca bez ogniska pierwotnego), konieczne jest wykazanie w badaniach obrazowych przerzutowych zmian mierzalnych lub policzalnych zmian niemierzalnych. 2.5. Ocenę wyniku leczenia (odpowiedź) należy wykonywać według kryteriów skali RECIST 1.1.		rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby zgodnie z kryteriami RECIST 1.1: a) powiększenie się istniejących zmian o przynajmniej 20% lub b) pojawienie się przynajmniej jednej nowej zmiany - potwierdzona w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 2) pogorszenie stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03 (Common Terminology Criteria for Adverse Events - version 4.03); 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); 5) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą; 6) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów WHO; 7) przerwa w przyjmowaniu afatynibu dłuższa niż trzy tygodnie, która została spowodowana niepożądanym działaniem leczenia; 8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 9) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na udział w programie.		
LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA Z ZASTOSOWANIEM NINTEDANIBU		
1. 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) – nintedanib 1.1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą gruczolakoraka; 1.2. zaawansowanie miejscowe (stopień III – z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub	Dawkowanie leków w programie i modyfikowanie leczenia powinno być zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia. Nintedanib w drugiej linii leczenia.** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami włączenia; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny;

chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV); 1.3. 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; 1.4. 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 zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 1.5. wiek powyżej 18. roku życia; 1.6. sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 1.7. wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; leczenia (ze szczególnym uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego); 1.8 wykluczenie współwystępowania w przeszłości choroby zakrzepowo-zatorowej; 1.9. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 1.10. czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); 1.11. 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; 1.12. nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu; 1.13. wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych; 1.14. ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek – utrata włosów); 1.15. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej		5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 8) badanie ogólne moczu 9) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 10) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza lub klasyczne badanie RTG klatki piersiowej w przypadku zmiany dobrze mierzalnej, otoczonej przez prawidłowo upowietrzniony miąższ płucny; 11) badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej. **2. Monitorowanie leczenia. Nintedanib w drugiej linii leczenia.** 1) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza lub klasyczne badanie RTG klatki piersiowej w przypadku zmiany dobrze mierzalnej, otoczonej przez prawidłowo upowietrzniony miąższ płucny w zależności od metody obrazowania zastosowanej przy kwalifikacji chorego do leczenia; 2) badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej.

odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym. Kryteria kwalifikowania 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: (1) z zasadami terapii określonymi w punktach 2.1.1., 2.1.2., 2.1.3.; oraz (2) z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 3. 2.1.1. Stosowanie leków jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych. 2.1.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): (1) przed leczeniem - nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku; (2) w czasie leczenia - 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). 2.1.3. 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 miąższu 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		3) badanie ogólne moczu 4) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) 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). W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia skojarzonego docetakselem i nintedanibem należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego docetaksel. **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

ocenę zmian stwierdzonych przed rozpoczęciem leczenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 3.1. wystąpienie progresji choroby – potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub/i obrazowym – ocenionej według kryteriów skali RECIST 1.1.: a) powiększenie się istniejących zmian o przynajmniej 20% lub b) pojawienie się przynajmniej jednej nowej zmiany. 3.2. pogorszenie – istotne klinicznie – stanu chorego w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 3.3. 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.); 3.4. 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.); 3.5. wystąpienie nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą; 3.6. obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów WHO lub ECOG; 3.7. pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 3.8. wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego).		Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.64.

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**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej −2 SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych; 2) wiek > 4 lat; 3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej −1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji); 5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości; 7) stężenie hormonu wzrostu ≥ 10 nq/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); 8) brak przeciwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	**1. Dawkowanie** 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.).	**1. Badania przy kwalifikacji** 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 stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1C}); 5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 6) pomiar stężeń triglicerydów; 7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 8) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 9) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 11) badanie dna oka; 12) pomiar stężenia TSH; 13) pomiar stężenia fT_4; 14) pomiar stężenia fT_3; 15) RTG śródręcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego, 16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 17) morfologia krwi z rozmazem; 18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia

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;

stwierdzone przez okres 3 miesięcy po wstrzymaniu terapii hormonem wzrostu.		2) określenie odsetka glikowanej hemoglobiny HBA1c; 3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni); 4) pomiar stężenia TSH; 5) pomiar stężenia fT_4; 6) pomiar stężenia fT_3; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2.3 Co 365 dni** 1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) pomiar stężenia triglicerydów; 4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu; 5) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 6) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi: a) badanie dna oka, b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera; 8) RTG śródręcza, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego; 9) morfologia krwi z rozmazem;

		10) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego; 11) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 12) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej: a) USG lub RTG stawów biodrowych, b) TK lub MRI stawów biodrowych, c) konsultacja ortopedyczna; 13) w zależności od potrzeb: a) USG jamy brzusznej, b) USG klatki piersiowej, c) konsultacja ortopedyczna, d) konsultacja okulistyczna, e) konsultacja neurologiczna, f) konsultacja hemato-onkologa, g) konsultacja genetyczna, h) konsultacja psychologiczna, i) TK, j) MRI, k) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:** 1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna, b) konsultacja neurologiczna, c) jonogram surowicy krwi, d) obrazowanie ośrodkowego układu

		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.

Załącznik B.65.

LECZENIE DAZATYNIBEM OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ Z CHROMOSOMEM FILADELFIA (Ph+) (ICD-10 C91.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia dazatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+) u dorosłych 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: 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 2) uzyskano remisję całkowitą lub odpowiedź molekularną w wyniku leczenia obejmującego stosowanie dazatynibu i prowadzaone jest leczenie podtrzymujące lub 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	**1. Dawkowanie** 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**.**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) elektrolity: Na, K; 3) AspAT, AlAT, GGTP, AP; 4) bilirubina; 5) kreatynina; 6) kwas moczowy; 7) badanie cytologiczne szpiku; 8) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne; 9) USG jamy brzusznej; 10) EKG. **2. Monitorowanie leczenia** Co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc leczenia, następnie co 4 tygodnie: 1) morfologia krwi; 2) elektrolity: Na, K; 3) AspAT, AlAT, GGTP, AP; 4) bilirubina; 5) kreatynina; 6) kwas moczowy.

4) wykonano przeszczepienie komórek krwiotwórczych, i przed przeszczepieniem nie uzyskano całkowitej odpowiedzi molekularnej lub 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) u chorych nie poddanych 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.		Co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące leczenia, następnie co 8-12 tygodni: 1) badanie cytologiczne szpiku; 2) badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne. **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. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie objawów nietolerancji dazatynibu; 2) progresja choroby w trakcie leczenia dazatynibem.		

Załącznik B.66.

LECZENIE BEKSAROTENEM ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO LUB ZESPOŁU SÉZARY'EGO (ICD-10: C 84.0, C 84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA SUBSTANCJI CZYNNYCH W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia do programu: 1) Do leczenia beksarotenem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria: a) wiek ≥ 18 lat, b) prawidłowa funkcja wątroby, nerek i szpiku kostnego, c) potwierdzona diagnoza zespołu Sézary'ego (w oparciu o wynik cytometrii) lub ziarniniaka grzybiastego (w oparciu o wynik badania PCR albo badania wycinka skóry), d) stadium zaawansowania choroby określone jako 1 B lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC) oraz jedno z poniższych kryteriów: 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 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 c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym. 2) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń (stosowanie skutecznych niehormonalnych środków	**Dawkowanie:** 1) Leczenie powinno być prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 2) W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki 150 mg/m^{2}p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m^{2}p.c./dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) płytki krwi; 3) stężenie kreatyniny; 4) poziom glukozy we krwi; 5) transaminazy (AspAT, AlAT); 6) stężenie bilirubiny całkowitej; 7) poziom albumin; 8) stężenie TSH oraz fT4; 9) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL); 10) RTG płuc z opisem (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 11) EKG z opisem; 12) USG jamy brzusznej; 13) określenie TNMB i mSWAT; 14) wykluczenie ciąży - w przypadku kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia:** 1) Badania przeprowadzane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii oraz 1 raz w każdym

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 przeciwskazanie 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		kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku): a) morfologia krwi, b) płytki krwi, c) stężenie kreatyniny, d) poziom glukozy we krwi, e) transaminazy (AspAT, AlAT), f) stężenie bilirubiny całkowitej, g) poziom albumin, h) stężenie TSH oraz fT4, i) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL), j) 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-

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.		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.

Załącznik B.67.

LECZENIE PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBACH NEUROLOGICZNYCH (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G 70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, M33.0, M33.1, M33.2)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW
W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE
W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
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.
Do programu kwalifikowani są pacjenci z następującymi rozpoznaniami:
1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP):
1) potwierdzona:
a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów,
b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;
2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania.
1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN):
1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów;
2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej.
1.3. Miastenia (MG) przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów:
1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c;
2) retencja CO_2 (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg);</td>
<td>1. Dawkowanie:
1.1. Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce całkowitej 1-2 g/kg m.c. we wlewie i.v. w ciągu 2-5 dni.
1.2. Kontynuacja leczenia w zależności od stanu neurologicznego wlewami w dawce 0,4 g/kg m.c. - 2,0g/kg m.c. na cykl, podanej w ciągu 1-5 dni.
W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP i miopatii zapalnych dawkowanie ustala się indywidualnie.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji:
1) morfologia krwi z rozmazem;
2) AlAT;
3) AspAT;
4) oznaczenie stężenia immunoglobulin w klasach IgG, IgM i IgA;
5) proteinogram;
6) EMG;
7) rezonans magnetyczny;
8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego;
9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych;
10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4);
11) wzrokowe potencjały wywołane;
12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA;
13) konsultacja ginekologiczna u kobiet;
14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych.
O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego.

2.Monitorowanie leczenia
2.1.Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem leku:
1) morfologia krwi z rozmazem;
2) oznaczenie stężenia mocznika i kreatyniny;</td>
</tr>
</table>

3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem SpO_2 poniżej 93%; 4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy; 5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwskazania do ich stosowania; 6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym; 7) nasilenie objawów miastenii w okresie ciąży. **1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eatona, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowo-czuciowa udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych:** 1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych; 2) badanie neurofizjologiczne; 3) rezonans magnetyczny; 4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania. **1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe w przypadku** nieskutecznego leczenia kortykosteroidami. **1.6. Zespół Guillain-Barre** w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów: 1) narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowana w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania; 2) narastający niedowład mięśni twarzy; 3) dyzartia; 4) dysfagia; 5) zaburzenia oddechowe. **1.7. Choroba Devica (NMO):**		3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 5) proteinogram; 6) oznaczenie stężneia immunoglobulin w klasach IgG, IgM i IgA; 7) koagulogram z oznaczeniem D-dimerów. Lekarz na podstawie otrzymanych wyników ustala, czy nie ma przeciwskazań do podania immunoglobulin. Stwierdzenie niedoboru IgA nie stanowi bezwzględnego przeciwskazania, wymaga natomiast większego nadzoru. **2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem leku**: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej, 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej oraz 5) 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; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie

1) potwierdzona wykonaniem: a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego, b) badania potencjałów wzrokowych, c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4), d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego - zgodnie z przyjętymi kryteriami wg. Wingerchuk DM i wsp. (Neurology 2015;85;177-189); 2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania. **1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym:** 1) potwierdzone wykonaniem: a) rezonansu magnetycznego mózgu, b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego, c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym - zgodnie z przyjętymi kryteriami wg. Bien i Elger (Epilepsy&Behavior 10 (2007) 528-538); 2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia:** 1) nadwrażliwość na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu lub		elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2) nieskuteczność leczenia definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia. W przypadkach wyjątkowych, w których pomimo stwierdzenia obecności przeciwciał przeciwko IgA zachodzi bezwzględna konieczność leczenia immunoglobulinami terapia powinna być prowadzona w Oddziale Intensywnej Terapii.		

Załącznik B.68.

LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO SILDENAFILEM, EPOPROSTENOLEM I MACYTENTANEM (TNP) (ICD-10 I27, I27.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I. Terapia sildenafilem **A. Leczenie sildenafilem pacjentów dorosłych w wieku 18 lat i powyżej** **1. Monoterapia sildenafilem** **1.1 Kryteria włączenia pacjenta do leczenia sildenafilem w monoterapii:** 1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg. aktualnej klasyfikacji ESC/ERS); 2) stopień zaawansowania choroby: a) II-III klasa czynnościowa według WHO lub b) I klasa czynnościowa według WHO, jeżeli do czasu ukończenia 18 roku życia pacjent był skutecznie leczony sildenafilem lub innym inhibitorem PDE5 – z wyłączeniem pacjentów z zespołem Eisenmengera, lub c) III klasa czynnościowa według WHO u pacjentów z zespołem Eisenmengera w przypadku nietolerancji lub nieskuteczności leczenia bosentanem; 3) brak spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym teście hemodynamicznym (według aktualnych kryteriów) lub niezadowalający skutek lub nietolerancja przewlekłego	**I. Dawkowanie sildenafilu** **A. Leczenie sildenafilem pacjentów dorosłych:** **1. Leczenie I rzutu - monoterapia** Dawkowanie sildenafilu: 1) Dawka podstawowa: 20 mg 3 razy dziennie. 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 jako alternatywy przejścia do terapii II rzutu określonej w programach lekowych leczenia TNP po uzyskaniu pozytywnej opinii konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii. **2. Terapia skojarzona** Dawkowanie sildenafilu w ramach prowadzenia terapii skojarzonej: 20 mg 3 razy dziennie.	**I. Terapia sildenafilem** **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia sildenafilem** **1.1 Badania nieinwazyjne:** 1) ocena klasy czynnościowej według NYHA; 2) test 6-minutowego marszu (w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania); 3) oznaczenie NT-pro-BNP; 4) badanie echokardiograficzne. **1.2 Badania inwazyjne.** 1.2.1 Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną: 1) ciśnienia zaklinowania, 2) naczyniowego oporu płucnego, 3) pojemności minutowej, 4) saturacji mieszanej krwi żylnej i przeprowadzeniem testów wazodylatacyjnych. Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8 tygodni przed włączeniem do programu. 1.2.2 W przypadku ciężkiego stanu pacjenta diagnostyczne cewnikowanie prawego serca można odłożyć do czasu uzyskania

leczenia lekami blokującymi kanał wapniowy pomimo spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym teście hemodynamicznym (według aktualnych kryteriów);

4) wiek pacjenta - 18 lat i więcej.

Przez cały okres terapii zaleca się stosowanie skutecznej metody antykoncepcji u kobiet w wieku rozrodczym.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2 Określenie czasu leczenia sildenafilem w monoterapii;

Czas leczenia sildenafilem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia.

1.3 Kryteria wyłączenia z leczenia I rzutu sildenafilem w monoterapii:

Pacjent zostaje wyłączony z leczenia I rzutu sildenafilem w monoterapii w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów:

1) nieskuteczność terapii lub powikłania terapii;
2) udar mózgu w ciągu ostatnich 90 dni;
3) ostry zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 90 dni;
4) ciężkie niedociśnienie tętnicze (<90/50 mmHg) jeżeli nie jest objawem niewydolności prawej komory wtórnej do TNP;
5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybicznych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem;
6) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION);
7) ciężka niewydolność wątroby (Klasa C wg Child-Pugh);
8) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
9) brak współpracy z strony pacjenta w zakresie prowadzenia

3. Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej u pacjentów dorosłych stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożliwości podania postaci stałej.

B. Leczenie sildenafilem dzieci

Dawkowanie sildenafilu w ramach leczenia w monoterapii lub terapii skojarzonej:

1) masa ciała ≤ 20 kg: 10 mg 3 razy dziennie;
2) masa ciała > 20 kg: 20 mg 3 razy dziennie.

C. W przypadku gdy sildenafil jest stosowany łącznie z inną substancją czynną w ramach terapii skojarzonej, finansowanie zastosowania tej substancji odbywa się w ramach odpowiedniego programu lekowego dotyczącego leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego.

II. Dawkowanie epoprostenolu

Zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

III. Dawkowanie macytentanu i sildenafilu w terapii skojarzonej:

1) dawka macytentanu: 10 mg raz dziennie;
2) dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie.

stabilizacji klinicznej wyłącznie pod warunkiem, że było ono wykonane wcześniej i potwierdziło rozpoznanie tętniczego nadciśnienia płucnego.

1.2.3 Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji nie dotyczy:

a) pacjentów przechodzących do leczenia sildenafilem w ramach programu lekowego leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego w części dotyczącej leczenia dorosłych, u których rozpoznanie tętniczego nadciśnienia płucnego potwierdzono wcześniej w ośrodku pediatrycznym a leczenie stanowi kontynuację dotychczasowej opieki,
b) pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie tętniczego nadciśnienia płucnego,
c) pacjentów, u których nieskuteczność monoterapii substancją czynną stosowaną w programach lekowych została udokumentowana w przeszłości przy pomocy cewnikowania prawego serca i którzy w związku z tym otrzymują aktualnie terapię skojarzoną obejmującą sildenafil.

2. Monitorowanie leczenia sildenafilem

Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym.

2.1 Badania nieinwazyjne:

1) ocena klasy czynnościowej według NYHA;
2) test 6-minutowego marszu (w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania);
3) oznaczenie NT-pro-BNP;
4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań podstawowych)

terapii oraz okresowej kontroli; **2. Terapia skojarzona - leczenie sildenafilem w skojarzeniu z inną substancją czynną przewidzianą do leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego w ramach programów lekowych dotyczących leczenia TNP.** **2.1 Kryteria kwalifikacji do leczenia sildenafilem w skojarzeniu z inną substancją czynną u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej:** Sildenafil może być stosowany łącznie z inną substancją czynną, o której mowa w programach lekowych, dotyczących leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego w przypadku kiedy: 1) monoterapia jakąkolwiek substancją czynną zastosowaną w ramach programów lekowych dotyczących leczenia TNP okazała się nieskuteczna lub 2) pacjent jest w IV klasie czynnościowej wg WHO w momencie rozpoznania choroby lub gdy nastąpiło pogorszenie do III lub IV klasy czynnościowej wg WHO pomimo dotychczasowego leczenia lub 3) pacjent osiągnął wiek 18 lat, jeżeli dotychczas był skutecznie leczony terapią skojarzoną w ramach programu lekowego w części dotyczącej leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego u dzieci. Przez cały okres terapii zaleca się stosowanie skutecznej metody antykoncepcji u kobiet w wieku rozrodczym. **2.2 Określenie czasu leczenia sildenafilem w ramach prowadzenia terapii skojarzonej** Czas leczenia sildenafilem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia.		- wykonuje się co 3 - 6 miesięcy. 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. **2.2 Badania inwazyjne:** Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się: 1) co 12 -24 miesiące – nie dotyczy pacjentów z zespołem Eisenmengera; 2) przed włączeniem terapii skojarzonej lub terapii II rzutu, z tym że w przypadku ciężkiego stanu pacjenta (IV klasa czynnościowa według NYHA) można odłożyć cewnikowanie do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej; 3) jeżeli: a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami lub b) jeżeli obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne - do decyzji lekarza prowadzącego. Wykonanie cewnikowania prawego serca nie jest wymagane u pacjentów w wieku poniżej 18 lat. Skuteczność terapii ocenia się na podstawie cewnikowania

2.3 Kryteria wyłączenia z leczenia sildenafilem w ramach prowadzonej terapii skojarzonej: Pacjent zostaje wyłączony z leczenia sildenafilem w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów: 1) powikłania terapii; 2) udar mózgu w ciągu ostatnich 90 dni; 3) ostry zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 90 dni; 4) ciężkie niedociśnienie tętnicze (<90/50 mmHg) jeżeli nie jest objawem niewydolności prawej komory wtórnej do TNP; 5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybicznych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem; 6) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION); 7) ciężka niewydolności wątroby (Klasa C wg Child-Pugh); 8) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 9) inne okoliczności uzasadnione względami medycznymi, które wskazują na konieczność zmiany terapii na inną. **B. Leczenie sildenafilem dzieci w wieku od 1. do 17 roku życia.** **1. Monoterapia sildenafilem** **1.1 Kryteria kwalifikacji dzieci do leczenia sildenafilem w monoterapii:** 1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg. aktualnej klasyfikacji ESC/ERS);		prawego serca zgodnie z obowiązującymi standardami. **II. Terapia epoprostenolem** **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia epoprostenolem:** **1.1 Badania nieinwazyjne:** 1) ocena klasy czynnościowej według NYHA; 2) test 6-minutowego marszu (nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory); 3) oznaczenie NT-pro-BNP; 4) badanie echokardiograficzne. **1.2 Badania inwazyjne:** 1.2.1 Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną: 1) ciśnienia zaklinowania, 2) naczyniowego oporu płucnego, 3) pojemności minutowej, 4) saturacji mieszanej krwi żylnej i przeprowadzeniem testów wazodylatacyjnych. Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8 tygodni przed włączeniem do programu. 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 tętniczego nadciśnienia płucnego. **2. Monitorowanie leczenia epoprostenolem** Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym.

2) wiek od 1.do 17. roku życia; 3) stopień zaawansowania choroby: a) II-III klasa czynnościowa według WHO lub b) I klasa czynnościowa według WHO, jeżeli pacjent był wcześniej skutecznie leczony sildenafilem lub innym inhibitorem PDE5, - w przypadku nietolerancji, nieskuteczności lub braku możliwości leczenia bosentanem. Przez cały okres terapii zaleca się stosowanie skutecznej metody antykoncepcji u miesiączkujących dziewcząt. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2 Określenie czasu leczenia sildenafilem dzieci w programie:** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączeniu z programu. **1.3 Kryteria wyłączenia dzieci z programu:** Pacjent zostaje wyłączony z leczenia sildenafilem w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów: 1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego); 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) ciężkie zaburzenie czynności wątroby (Klasa C wg Child-Pugh); 4) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny; 5) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION);		**2.1 Badania nieinwazyjne:** 1) ocena klasy czynnościowej według NYHA, 2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej), 3) oznaczenie NT-pro-BNP, 4) badanie echokardiograficzne (w przypadku znacznych rozbieżności wyników badań podstawowych) – wykonuje się co 3 - 6 miesięcy lub – w terminie wcześniejszym, zależnie od wskazań klinicznych, w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. W przypadku wskazań klinicznych do przeprowadzenia badań kontrolnych po okresie leczenia krótszym niż 3 miesiące odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych można liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań. **2.2 Badania inwazyjne:** Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się: 1) co 12 -24 miesiące - nie dotyczy pacjentów z zespołem Eisenmengera; 2) w sytuacji progresji choroby do IV klasy czynnościowej według NYHA (po uzyskaniu stabilności klinicznej pacjenta i w przypadku gdy istnieją możliwości eskalacji terapii inne niż zwiększenie dawki epoprostenolu, np. terapia skojarzona, septostomia przedsionkowa lub transplantacja płuc); 3) jeżeli: a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami lub b) jeżeli obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne – do decyzji lekarza prowadzącego.

2. Terapia skojarzona - leczenie sildenafilem w skojarzeniu z inną substancją czynną przewidzianą do leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego w ramach programów lekowych dotyczących leczenia TNP. **2.1 Kryteria kwalifikacji do zastosowania terapii skojarzonej u dzieci od 1. do 17. roku życia:** Sildenafil może być stosowany łącznie z inną substancją czynną, o której mowa w programach lekowych, dotyczących leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego w przypadku kiedy: 1) monoterapia jakąkolwiek substancją czynną zastosowaną w ramach programów lekowych dotyczących leczenia TNP u dzieci do 17. roku życia okazała się nieskuteczna; 2) pacjent jest w IV klasie czynnościowej wg WHO w momencie rozpoznania choroby lub gdy nastąpiło pogorszenie do III lub IV klasy czynnościowej wg WHO pomimo dotychczasowego leczenia. Przez cały okres terapii zaleca się stosowanie skutecznej metody antykoncepcji u miesiączkujących dziewcząt. **2.2 Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **2.3 Kryteria wyłączenia z leczenia sildenafilem:** Z leczenia sildenafilem w ramach terapii skojarzonej wyłącza się pacjentów w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy		Skuteczność terapii ocenia się na podstawie cewnikowania prawego serca zgodnie z obowiązującymi standardami. **III. Terapia macytentanem w skojarzeniu z sildenafilem** **1. Badania przy kwalifikacji:** **1.1 Badania nieinwazyjne**: 1) ocena klasy czynnościowej według NYHA; 2) test 6-minutowego marszu; 3) oznaczenie NT-pro-BNP; 4) badanie echokardiograficzne. **1.2 Badania inwazyjne:** 1.2.1 Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną: 1) ciśnienia zaklinowania; 2) naczyniowego oporu płucnego; 3) pojemności minutowej; 4) saturacji mieszanej krwi żylnej i przeprowadzeniem testów wazodylatacyjnych. Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8 tygodni przed włączeniem do programu. 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 tętniczego nadciśnienia płucnego. 1.2.3 Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji nie dotyczy pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie tętniczego nadciśnienia płucnego.

okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego); 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) ciężkie zaburzenie czynności wątroby (Klasa C wg Child-Pugh); 4) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny; 5) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION) **C. Kontynuacja leczenia TNP sildenafilem u pacjentów, które osiągnęły wiek 18 lat i wcześniej otrzymywały sildenafil w ramach programu leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego u dzieci.** Do leczenia sildenafilem w ramach programu lekowego leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego w części dotyczącej leczenia dorosłych pacjentów kwalifikują się wszyscy pacjenci dotychczas leczeni w programie leczenia TNP u dzieci, u których nie stwierdza się kryteriów wyłączenia z programu. **II. Terapia epoprostenolem** **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia epoprostenolem:** Do leczenia w ramach programu kwalifikują się pacjenci: **1.1 spełniający łącznie 4 poniższe kryteria:** 1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg. aktualnej klasyfikacji ESC/ERS); 2) brak spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym teście hemodynamicznym (według aktualnych kryteriów) lub niezadowalający skutek lub nietolerancja przewlekłego		**2. Monitorowanie leczenia:** Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym. **2.1 Badania nieinwazyjne:** 1) ocena klasy czynnościowej według NYHA; 2) test 6-minutowego marszu; 3) oznaczenie NT-pro-BNP; 4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań podstawowych) - wykonuje się co 3 - 6 miesięcy. 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 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. **2.2 Badania inwazyjne:** Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się: 1) co 12 - 24 miesiące (nie dotyczy pacjentów z zespołem Eisenmengera); 2) w sytuacji progresji choroby do IV klasy czynnościowej według NYHA, gdy rozważana jest modyfikacja leczenia w ramach terapii skojarzonej lub terapii II rzutu; 3) jeżeli: a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami lub

leczenia lekami blokującymi kanał wapniowy pomimo spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym teście hemodynamicznym (według aktualnych kryteriów); 3) wiek od 18 lat; 4) IV klasa czynnościowa według NYHA w momencie rozpoznania choroby lub pomimo jej dotychczasowego leczenia albo pacjenci: **1.2 spełniający łącznie 5 poniższych kryteriów:** 1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg. aktualnej klasyfikacji ESC/ERS); 2) brak spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym teście hemodynamicznym (według aktualnych kryteriów) lub niezadowalający skutek lub nietolerancja przewlekłego leczenia lekami blokującymi kanał wapniowy pomimo spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym teście hemodynamicznym (według aktualnych kryteriów); 3) wiek od 18 lat; 4) III klasa czynnościowa według NYHA; 5) dotychczasowe leczenie: a) nieskuteczne leczenie I rzutu albo b) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w ramach II rzutu lub terapii skojarzonej. **2. Określenie czasu leczenia epoprostenolem w programie:** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia.		b) obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne – do decyzji lekarza prowadzącego. Skuteczność terapii ocenia się na podstawie cewnikowania prawego serca zgodnie z obowiązującymi standardami. **IV. 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. Kryteria wyłączenia z leczenia epoprostenolem: 1) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca; 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek; 4) laktacja; 5) inne przeciwwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 6) inne okoliczności uzasadnione względami medycznymi, które wskazują na konieczność zmiany terapii na inną. **III.Terapia macytentanem w skojarzeniu z sildenafilem** **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia macytentanem w skojarzeniu z sildenafilem:** 1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wgedug aktualnej klasyfikacji ESC/ERS); 2) brak spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym teście hemodynamicznym (według aktualnych kryteriów) lub niezadowalający skutek lub nietolerancja przewlekłego leczenia lekami blokującymi kanał wapniowy pomimo spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym teście hemodynamicznym (według aktualnych kryteriów); 3) wiek pacjenta - 18 lat i więcej; 4) III klasa czynnościowa według WHO; 5) nieskuteczna terapia sildenafilem albo tadalafilem, albo bosentanem zastosowanymi jako leczenie początkowe; 6) brak innych przeciwwskazań wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych.		

2. Określenie czasu leczenia w programie: Czas leczenia świadczeniobiorcy w programie w ramach terapii skojarzonej macytentanem z sildenafilem określa lekarz m.in. na podstawie kryteriów wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z leczenia terapią skojarzoną macytentanem z sildenafilem:** Zostały określone odpowiednio w punktach: a) I.A. 2.3, b) III. 3.1. **3.1 Kryteria wyłączenia z leczenia macytentanem:** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) brak stosowania skutecznej metody zapobiegania ciąży przez kobiety w wieku rozrodczym; 3) ciąża; 4) karmienie piersią; 5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby; 6) wyjściowa aktywność aminotransferaz wątrobowych (AspAT lub AlAT) > 3 razy niż wartość górnej granicy normy; 7) brak współpracy ze strony pacjenta w zakresie prowadzenia terapii oraz okresowej kontroli; 8) inne okoliczności uzasadnione względami medycznymi, które wskazują na konieczność zmiany terapii na inną.		

Załącznik B.69.

LECZENIE PARYKALCYTOLEM WTÓRNEJ NADCZYNNOŚCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH (ICD-10 N25.8)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji:
1) wiek od 18 roku życia;
2) wtórna nadczynność przytarczyc;
3) długotrwałe leczenie hemodializą z powodu schyłkowej niewydolności nerek;
4) przeciwwskazania do zastosowania lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. dla paratyroidektomii);
5) stężenie iPTH > 500pg/ml.

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) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation);
2) przeszczepienie nerki;
3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze;
4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia.</td>
<td>Dawkowanie parykalcytolu:
Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</td>
<td>1. Monitorowanie leczenia parykalcytolem:
1) stężenie iPTH - przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące;
2) stężenie w surowicy Ca x P;
3) stężenie wapnia w surowicy;
4) stężenie fosforu w surowicy.

2. 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, 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.</td>
</tr>
</table>

Załącznik B.70.

LECZENIE NEOWASKULARNEJ (WYSIĘKOWEJ) POSTACI ZWYRODNIENIA PLAMKI ZWIĄZANEGO Z WIEKIEM (AMD) (ICD-10 H35.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem afliberceptem Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Neowaskularnej (Wysiękowej) Postaci Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący. **1.1. 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 doszklistkowych; 6) brak dominującego zaniku geograficznego; 7) brak dominującego wylewu krwi;	**1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem afliberceptem** **1.1. Dawkowanie afliberceptu** 1) zalecana dawka afliberceptu wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe; 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; 3) po pierwszych 12 miesiącach leczenia afliberceptem odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć – kolejne dawki podaje się w przypadku pogorszenia się parametrów wzrokowych lub anatomicznych; 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);	**1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem afliberceptem** **1.1. 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 Neowaskularnej (Wysiękowej) Postaci Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem. **1.2. Monitorowanie leczenia** 1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem afliberceptu (w dniu podania leku lub w terminie do 7

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). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Kryteria 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** Do programu kwalifikowani są również pacjenci, którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B02 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego 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** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.	5) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B02 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego 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. **2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem** **2.1. 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, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku	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: 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). **2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem** **2.1. 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 Neowaskularnej (Wysiękowej) Postaci Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem.

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) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia;
7) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne);
8) 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).

2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem

Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Neowaskularnej (Wysiękowej) Postaci Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

cech aktywności 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 doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

   a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B02 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego

lub

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,
   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. 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 Leczenia wysiękowej postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) (SMPT - AMD), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.

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 doszklistkowych; 6) brak dominującego zaniku geograficznego; 7) brak dominującego wylewu krwi. 8) brak 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). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2.2. Kryteria 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** Do programu kwalifikowani są również pacjenci, którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci	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. **3. Wstrzymanie podawania leku** Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi: 1) pogorszenie ostrości wzroku w najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA): a) do wartości < 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) - w porównaniu z ostatnią oceną ostrości wzroku. Utrzymywanie się pogorszenia najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na poziomie <0,2 według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) w ciągu 2 następnych comiesięcznych badań jest równoznaczne z wyłączeniem z programu. 2) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia); 3) rozerwanie siatkówki; 4) wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi ≥ 50% całkowitej powierzchni zmiany; 5) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący); 6) brak aktywności choroby, tj. gdy nie stwierdza się wzrostu wielkości zmiany, nowych krwotoków lub	Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B02 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/rekombinowanego białka fuzyjnego 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 plamce 3. lub 4. stopnia;	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 – od pierwszego roku leczenia). O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu. **4. Zmiana leku podczas leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem** W przypadku braku skuteczności dotychczasowej terapii lekarz prowadzący może zmienić dotychczas podawany lek (pod warunkiem 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: a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych, 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. Za brak skuteczności terapii należy uznać: 1) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy	

7) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne); 8) 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).	braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu; lub 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. Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.	

Załącznik B.71.

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**
1. Kryteria kwalifikacji: 1) Do programu kwalifikowani są dorośli świadczeniobiorcy (ukończony 18 r. ż.), chorzy na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C i spełniający łącznie poniższe kryteria: a) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej; b) obecność przeciwciał anty-HCV; c) 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; d) potwierdzona obecność zakażenia genotypem: - 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii ombitaswirem, parytaprewirem, rytonawirem w skojarzeniu z dazabuwirem (i ewentualnie rybawiryną) albo	1. **Dazabuwir i ombitaswir + parytaprewir + rytonawir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktów Leczniczych. 2. **Daklataswir** w ramach programu stosuje się: 1) w dawce 60 mg (1 tabletka 1 x dziennie), 2) wyłącznie w skojarzeniu z asunaprewirem w dawce 100 mg podawanej dwa razy dziennie (1 tabl. 2 x dziennie) 3) nie dłużej niż przez 24 tygodnie. 3. **Sofosbuwir , sofosbuwir+ledipaswir i sofosbuwir +welpataswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktów Leczniczych; **Rybawirynę** niezbędną do terapii skojarzonej z sofosbuwirem , sofosbuwirem i ledipaswirem lub sofosbuwirem i welpataswirem, należy stosować zgodnie ze schematem dawkowania określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego zawierającego sofosbuwir , sofosbuwir+ ledipaswir lub sofosbuwir +welpataswir. Rybawiryna w ilości niezbędnej do prowadzenia terapii z użyciem tych leków jest finansowana w ramach programu lekowego „Leczenie przewlekłego	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:** 1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową; 2) morfologia krwi; 3) oznaczenie aktywności AlAT; 4) oznaczenie aktywności AspAT – dotyczy kwalifikacji do terapii daklataswirem i asunaprewirem; 5) oznaczenie stężenia albumin; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) czas lub wskaźnik protrombinowy; 8) oznaczenie poziomu kreatyniny; 9) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 10) oznaczenie antygenu HBs; 11) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy); 12) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej); 13) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1) - jeśli nie było wykonywane wcześniej. W przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z interferonem pegylowanym i rybawiryną wykonuje się wyłącznie „Badania przy kwalifikacji do leczenia interferonami” określone i finansowane w ramach programu lekowego „Leczenie przewlekłego wirusowego

- 4 HCV – w przypadku kwalifikacji do terapii ombitaswirem, parytaprewirem, rytonawirem w skojarzeniu z rybawiryną, albo - 1b HCV- w przypadku kwalifikacji do terapii daklataswirem w skojarzeniu z asunaprewirem, albo - 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem, lub welpataswirem (i ewentualnie rybawiryną), albo - 2,3,4,5,6 HCV- w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z rybawiryną albo sofosbuwirem w skojarzeniu z interferonem pegylowanym i rybawiryną, albo - 1 lub 4 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii grazoprewirem+elbaswirem (i ewentualnie rybawiryną, albo - 2,3,4,5,6 HCV- w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem (i ewentualnie rybawiryną); albo - 1,2,3,4,5,6 HCV – w przypadku kwalifikacji do terapii glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem. - 2) Do programu kwalifikowani są również świadczeniobiorcy, u których stwierdzono przeciwwskazania do leczenia interferonem lub nietolerancję wcześniejszej terapii interferonem, spełniający łącznie kryteria opisane w pkt. 1a, 1b, 1d. **Przeciwwskazania do stosowania interferonu** definiowane są jako: - nadwrażliwość na interferony lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; - niewyrównana marskość wątroby;	wirusowego zapalenia wątroby typu C (ICD-10 B 18.2)" - załącznik B.2 do obwieszczenia Ministra Zdrowia **Interferon pegylowany i rybawiryna** niezbędne do terapii skojarzonej z sofosbuwirem, należy stosować zgodnie ze schematem dawkowania określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego zawierającego sofosbuwir. W przypadku, gdy w trakcie prowadzonej terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z interferonem pegylowanym i rybawiryną wystąpi nietolerancja interferonu dopuszczalne jest zaprzestanie podawania interferonu pegylowanego i kontynuacja terapii sofosbuwirem z rybawiryną do czasu określonego dla takiej terapii w Charakterystyce Produktu Leczniczego zawierającego sofosbuwir. Interferon pegylowany i rybawiryna w ilości niezbędnej do prowadzenia terapii z użyciem sofosbuwiru są finansowane w ramach programu lekowego „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (ICD-10 B 18.2)" - załącznik B.2 do obwieszczenia Ministra Zdrowia. 4. **Grazoprewir+elbaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią Charakterystyką Produktu Leczniczego. **Rybawirynę** niezbędną do terapii skojarzonej z grazoprewirem i elbaswirem, należy stosować zgodnie ze schematem dawkowania określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego zawierającego grazoprewir+elbaswir. Rybawiryna w ilości niezbędnej do prowadzenia terapii z użyciem tych leków jest finansowana w ramach programu lekowego „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (ICD-10 B 18.2)" - załącznik B.2. do obwieszczenia Ministra Zdrowia.	zapalenia wątroby typu C (ICD-10 B 18.2)" - załącznik B.2 do obwieszczenia Ministra Zdrowia. **2. Monitorowanie leczenia:** **2.1**. Monitorowanie terapii ombitaswirem, parytaprewirem, rytonawirem w skojarzeniu z dazabuwirem (i ewentualnie rybawiryną) albo ombitaswirem, parytaprewirem, rytonawirem w skojarzeniu z rybawiryną, albo sofosbuwirem w skojarzeniu z rybawiryną,: 1) w 1 dniu, przed podaniem leków: a) morfologia krwi; b) oznaczenie aktywności AlAT; 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 AlAT; c) oznaczenie stężenia bilirubiny (w 4 tygodniu terapii) – w przypadku występowania zwiększonego stężenia w 4 tygodniu terapii, wskazane jest powtórzyć oznaczenia odpowiednio w 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) w 12, 16 i 24 tygodniu; 3) w ostatnim dniu leczenia (w 8, 12 albo 24 tygodniu terapii): a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową lub ilościową; b) USG jamy brzusznej; 4) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia (w 20, 24 albo 36 tygodniu terapii): a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową.

- zapalenie wątroby lub inna choroba o etiologii autoimmunologicznej; - stan po przeszczepieniu wątroby lub innego narządu; - pacjenci zakwalifikowani do przeszczepienia wątroby; - ciężka, zwłaszcza niestabilna choroba serca, której utrudnione kontrolowanie zostało potwierdzone konsultacją kardiologiczną; - zespół metaboliczny, a zwłaszcza trudna do opanowania cukrzyca, której utrudnione kontrolowanie zostało potwierdzone konsultacją endokrynologiczną; - depresja, myśli samobójcze lub próby samobójcze udokumentowane badaniem psychiatrycznym; - choroby tarczycy przebiegające z nieprawidłowymi wartościami TSH; - niedokrwistość; - małopłytkowość < 90 000 / μL; - bezwzględna liczba neutrofilów <1500 / μL. **Nietolerancja interferonu** definiowana jest jako wystąpienie w trakcie wcześniejszego leczenia przynajmniej jednego z poniższych stanów: - nadwrażliwość na interferon lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; - schorzenie autoimmunologiczne; - zaostrzenie istniejącej uprzednio choroby towarzyszącej; - obniżenie wyjściowej masy ciała o więcej niż 20%; - depresja, myśli samobójcze lub próby samobójcze; - nieprawidłowe wartości TSH; - stężenie hemoglobiny <8.5 mg%; - małopłytkowość <50 000 / μL; - bezwzględna liczba neutrofilów <500/μL. 3) Do programu kwalifikowani są świadczeniobiorcy z pozawątrobową manifestacją zakażenia HCV, niezależnie	5. **Glekaprewir+pibrentaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**2.2**. Monitorowanie terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem lub welpataswirem (i ewentualnie rybawiryną): 1) w 1 dniu, przed podaniem leków: a) morfologia krwi; b) oznaczenie aktywności AlAT; 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 AlAT; 3) w 4 tygodniu a) oznaczenie stężenia bilirubiny – w przypadku występowania zwiększonego stężenia w 4 tygodniu terapii, powtórzyć oznaczenia w 8 tyg. oraz jeżeli dotyczy w 12,16 i 24 tyg. 4) na zakończenie leczenia (w 8, 12 lub 24 tygodniu terapii): a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową lub ilościową, b) USG jamy brzusznej; 5) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia (w 20, 24 lub 36 tygodniu terapii) wykonać oznaczenie HCV RNA metodą jakościową oraz ewentualnie USG jamy brzusznej. **2.3** Monitorowanie terapii daklataswirem w skojarzeniu z asunaprewirem: 1) w 1 dniu przed podaniem leków: a) morfologia krwi; b) oznaczenie wartości AlAT i AspAT; c) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 2) w 2, 4, 6, 8,10, 12, oraz (jeżeli dotyczy) w 16, 20, 24

od zaawansowania choroby w obrazie histopatologicznym wątroby. **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 anty-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 osoczową sofosbuwiru albo sofosbuwiru i ledipaswiru albo sofosbuwiru i welpataswiru, 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: a) dazabuwiru i ombitaswiru + parytaprewir + rytonawir oraz rybawiryny (o ile dotyczy) albo b) daklataswiru i asunaprewiru (o ile dotyczy), albo c) sofosbuwiru lub sofosbuwiru z ledipaswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem oraz pegylowanego interferonu i/lub rybawiryny (o ile dotyczy), albo d) grazoprewiru+elbaswiru oraz rybawiryny (o ile dotyczy) albo e) glekaprewiru w skojarzeniu z pibrentaswirem (o ile dotyczy).		tygodniu: a) oznaczenie wartości AlAT i AspAT; b) morfologia krwi; 3) w 4 tygodniu: a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową, a w przypadku wykrywalnej wiremii - dodatkowo metodą ilościową; 4) w 12 tygodniu: a) oznaczenie aktywności GGTP; b) proteinogram; c) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową, a w przypadku wykrywalnej wiremii - dodatkowo metodą ilościową; 5) w 24 tygodniu: a) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową; b) USG jamy brzusznej; 6) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia: a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową. **2.4** Monitorowanie terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z interferonem pegylowanym i rybawiryną polega na monitorowaniu terapii interferonowej opisanej i finansowanej w ramach programu „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (ICD-10 B 18.2)" - załącznik B.2 do obwieszczenia Ministra Zdrowia z uwzględnieniem czasu w/w terapii określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego zawierającego sofosbuwir. **2.5** Monitorowanie terapii grazoprewirem+elbaswirem (i ewentualnie rybawiryną): 1) w 1 dniu, przed podaniem leków: a) morfologia krwi; b) oznaczenie aktywności AlAT;

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) wystąpienie przełomu wirusologicznego (zwiększenie wartości HCV RNA o więcej niż 1 $\log_{10}$ od najniższej wartości uzyskanej w trakcie leczenia) – dotyczy terapii daklataswirem w skojarzeniu z asunaprewirem.		c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 2) w 4, 8, 12 tygodniu (oraz 16 tygodniu - w przypadku terapii trwającej 16 tygodni): a) morfologia krwi; b) oznaczenie aktywności AlAT; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; 3) na zakończenie leczenia: a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową lub ilościową, b) USG jamy brzusznej; 4) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia (w 24 albo 28 tygodniu terapii) wykonać oznaczenie HCV RNA metodą jakościową. **2.6** Monitorowanie terapii glekaprewirem+pibrentaswirem: 2) w 1 dniu, przed podaniem leków: a) morfologia krwi; b) oznaczenie aktywności AlAT; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 5) w 4, 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) 12, 16 tygodniu: a) morfologia krwi; b) oznaczenie aktywności AlAT; c) oznaczenie stężenia bilirubiny (w 4 tygodniu terapii) – w przypadku występowania zwiększonego stężenia w 4 tygodniu terapii, wskazane jest powtórzyć oznaczenia odpowiednio w 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) 12, 16 tygodniu; 6) na zakończenie leczenia: a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową lub ilościową,

		b) USG jamy brzusznej; 7) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia (w 20 albo 24 albo 28 tygodniu terapii) wykonać oznaczenie HCV RNA metodą jakościową. **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.

Załącznik B.72.

LECZENIE CZERNIAKA SKOJARZONĄ TERAPIĄ DABRAFENIBEM I TRAMETYNIBEM (ICD-10 C43)

ZAKRES SWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie nieresekcyjnego (stopień IIIC) lub uogólnionego (stopień IV) czerniaka; 2) potwierdzenie mutacji *BRAF V600* w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 3) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów RECIST; 4) wiek ≥ 18 lat; 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 6) jeżeli rozpoznano świeże przerzuty do OUN warunkiem włączenia do programu jest ich bezobjawowość. U chorych wcześniej leczonych z powodu zajęcia OUN, brak objawów spowodowanych przerzutami do OUN oraz przerzuty do OUN stabilne przez ≥ 1 miesiąc po leczeniu chirurgicznym lub po radioterapii stereotaktycznej; 7) wielkość odstępu QTc w badaniu EKG < 500 ms; 8) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z Charakterystykami Produktów Leczniczych dabrafenib i trametynib, a w szczególności: - liczba białych krwinek ≥ 2000/µl; - liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥ 1500/µl; - liczba płytek ≥ 100 x 10^3/µl; - stężenie hemoglobiny ≥ 9 g/dl (możliwe przetoczenie KKCz);	1. **Dabrafenib i trametynib** Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych. 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 dabrafenibem aż do zakończenia leczenia.	**1. Badania przed włączeniem leczenia** 1) histologiczne potwierdzenie czerniaka zgodnie z kryteriami włączenia; 2) ocena obecności mutacji *BRAF V600*; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej 5) oznaczenia stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 10) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym magnezu); 11) elektrokardiogram (EKG); 12) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 13) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej; 14) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy; 15) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu; 16) 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; 17) ocena przedmiotowa całej skóry;

- stężenie kreatyniny < 1,5 x GGN (górna granica normy); - aktywność AST/ALT < 2,5 x GGN u pacjentów bez przerzutów do wątroby i < 5 x GGN u pacjentów z przerzutami do wątroby - stężenie bilirubiny < 1,5 x GGN (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta, u których stężenie bilirubiny całkowitej musi być nisze niż 3,0 mg/dl); 9) brak przeciwwskazań do stosowania leków określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych dabrafenib i trametynib; 10) brak współistniejących schorzeń uniemożliwiających leczenie; 11) wykluczone stosowanie jednoczesnej chemioterapii; 12) wykluczenie współistniejącego innego 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** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) Kliniczna lub potwierdzona obrazowo progresja choroby ; 2) toksyczność leczenia z wystąpieniem przynajmniej jednego niepożądanego działania będącego zagrożeniem życia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria); 3) utrzymująca się/ nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria) z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry; 4) nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze;		18) badanie głowy i szyi obejmujące przynajmniej wzrokową ocenę błon śluzowych jamy ustnej oraz palpacyjną ocenę węzłów chłonnych; 19) badania obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów RECIST (nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku). 20) Badanie okulistyczne, w tym badanie ostrości i pola widzenia oraz dna oka. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy co 8-10 tygodni; 2) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu u chorych ze stwierdzonymi wyjściowo przerzutami do OUN co 8-10 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) przed rozpoczęciem leczenia łącznie dabrafenibem i trametynibem, a następnie co miesiąc w trakcie leczenia oraz przez okres do sześciu miesięcy po zakończeniu leczenia ocena skóry w kierunku występowania raków płaskonabłonkowych wykonywana przez specjalistę onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej (w przypadkach wątpliwych – konsultacja dermatologiczna); 5) przed rozpoczęciem leczenia łącznie dabrafenibem i trametynibem, po jednym miesiącu leczenia, a także po zmodyfikowaniu dawek u wszystkich pacjentów należy wykonać elektrokardiogram (EKG) oraz oznaczyć stężenie we krwi elektrolitów (sód, potas, wapń, magnez). Dalsze monitorowanie jest zalecane w szczególności u pacjentów z umiarkowanymi lub ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby, co miesiąc w okresie

5) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta; 7) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody na leczenie		pierwszych 3 miesięcy leczenia, a następnie, co 3 miesiące lub częściej, odpowiednio do wskazań klinicznych.; 6) badania morfologii i biochemii krwi (morfologia z rozmazem, stężenie we krwi glukozy, dehydrogenazy mleczanowej, amylazy, fosfatazy zasadowej, kreatyniny, mocznika, bilirubiny, AST, ALT) co 8-10 tygodni; 7) pomiar temperatury ciała pacjenta podczas każdej wizyty i wywiad od pacjenta w kierunku występowania gorączek; 8) badanie okulistyczne, w tym dna oka, jedynie w przypadku występowania klinicznych wskazań; 9) badania obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów RECIST (co 8-10 tygodni). **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 formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.73.

LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA (ICD-10 N31)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>
1. Kryteria kwalifikacji:
1) wiek: 18 i więcej lat;
2) nietrzymanie moczu z parć naglących;
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;
4) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane;
5) niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia obserwowane przez minimum miesiąc, takie jak:
a) pogorszenie się czynności nerek
lub
b) przetrwałe nietrzymanie moczu z parć naglących,
lub
c) pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych,
lub
d) zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych,
lub
</td>
<td>
1. Dawkowanie:

Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz.

W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku.

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.
</td>
<td>
1. Badania przy kwalifikacji:
1) badanie fizykalne:
a) badanie brzucha,
b) badanie przez pochwę lub per rectum,
c) badanie neurologiczne - ocena segmentów unerwionych przez nerwy z poziomu S2-S4 (czucie skórne w obrębie przedsionka pochwy lub krocza, odruch opuszkowo-jamisty oraz odruchy ścięgniste z kończyn dolnych);
2) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu;
3) oznaczenie stężenia kreatyniny;
4) oznaczenie stężenia mocznika;
5) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć naglących z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów);
6) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan);
7) inne badania urodynamiczne (głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – jeśli nie były wykonywane wcześniej.
2. Monitorowanie leczenia:
1) celem wizyt kontrolnych jest:
a) ocena skuteczności,
</td>
</tr>
</table>

e) pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych, lub nietolerancja leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc): a) zaburzenia rytmu serca, b) zaburzenia pamięci, c) zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania, powodujące zaburzenia odżywiania, d) zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku; 6) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby; 7) negatywny wywiad w kierunku nadwrażliwości na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu; 8) negatywny wywiad w kierunku: a) neuropatii obwodowych, b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona); 9) niestosowanie aminoglikozydów, pochodnych kurary czy innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** 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;		b) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania, c) ocena objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych, d) monitorowanie w kierunku ewentualnych zakażeń dróg moczowych; 2) wizyty kontrolne według następującego schematu: a) pierwsza wizyta po 2 tygodniach (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania), b) kolejne wizyty co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania). **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.

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 ≥ 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.		

Załącznik B.74.

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**
1. Kryteria kwalifikacji 1) zdiagnozowane oraz udokumentowane przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) wg aktualnej klasyfikacji ESC/ERS, 2) spełnienie jednego z dwóch poniższych kryteriów: 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 przy uwzględnieniu decyzji chorego; 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 swoistej w nadciśnieniu płucnym). lub b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym. Przetrwałe CTEPH to utrzymujące się nadciśnienie	Schemat dawkowania riocyguatu zgodny z informacjami zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Dawkę podaje się trzy razy na dobę po jednej tabletce.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badania nieinwazyjne: a) ocena klasy czynnościowej według NYHA, b) test 6-minutowego marszu, c) oznaczenie NT-pro-BNP, d) badanie echokardiograficzne. 2) Badania inwazyjne: - 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 żylnej. 3) Badania obrazowe: a) arteriografia tętnic płucnych oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań:, a) MRI, b) Angio CT; c) scyntygrafia płuc. W przypadku uczulenia na barwnik stosowany w arteriografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić i wykonać 2 z 3 poniższych badań obrazowych a) MRI, b) Angio CT;

płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) przez co najmniej 6 miesięcy po endarterektomii płucnej (PEA) potwierdzone cewnikowaniem prawego serca. 3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej ≥30 mm Hg i naczyniowy opór płucny ≥ 300 dyn*sec*cm^{-5} (lub 3,75 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 przeciwskazania 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), 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 jakiejkolwiek 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		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. Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym. 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 żylnej wykonuje się: – co 24 - 48 miesięcy, – w przypadku pogorszenia dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych lub przeszczepu płuc, jeśli terapia taka jest rozważana i możliwa.

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.		**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.

Załącznik B.75.

LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWEGO ZAPALENIA NACZYŃ (MPA) (ICD-10 M31.3, M 31.8)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW
W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE
W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

1. Kryteria kwalifikacji:
1) wiek 18 lat i więcej;
2) rozpoznanie ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA);
3) ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia;
4) wysoka aktywność choroby (2.1.);
5) nieskuteczność lub przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję (2.2.).
Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Do programu można zakwalifikować również pacjentów z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowatości 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 ziarniniakowatości</td>
<td>Dawkowanie i sposób podawania rytuksymabu – zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

W trakcie i po zakończeniu podawania rytuksymabu zalecane jest stosowanie standardowego leczenia podtrzymującego remisję.

Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 12 miesięcy od zakończenia leczenia rytuksymabem.

Kobiety nie powinny karmić piersią w trakcie leczenia rytuksymabem oraz 12 miesięcy po jego zakończeniu.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do programu:
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) przeciwciała anty-HBc;
13) obecność antygenu HBs;
14) przeciwciała anty-HIV;
15) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);
16) stężenie immunoglobulin:
a) IgG,
b) IgM,
c) IgA;
17) EKG;</td>
</tr>
</table>

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 ≥ 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 (AlAT); 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^2 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 cyklofosfamidu 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 ≤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.		

Załącznik B.76.

LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1) ICD-10 E70.2

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozynemii typu 1 (HT-1). **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą; 2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu; 3) brak skuteczności leczenia; 4) przeszczepienie wątroby;	**1. Dawkowanie nityzynonu** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu; 2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas; 3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny 4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu; 5) morfologia krwi, z płytkami krwi; 6) AlAT, AspAT; 7) bilirubina całkowita i frakcje; 8) fosfataza alkaliczna; 9) GGTP; 10) INR; 11) czas protrombinowy; 12) APPT; 13) białko całkowite, albuminy we krwi; 14) gazometria; 15) sód, potas, chlorki we krwi; 16) wapń, fosfor we krwi i moczu; 17) mocznik, kreatynina we krwi; 18) kwas moczowy we krwi i moczu; 19) kreatynina w moczu; 20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby; 21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;

5) inne przeciwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		22) konsultacja dietetyczna. **2. Monitorowanie leczenia** Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy. U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozynemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc. W ramach monitorowania leczenia wykonywane są następujące badania: 1) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas; 2) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny; 3) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu; 4) morfologia krwi, z płytkami krwi; 5) AlAT, AspAT; 6) bilirubina całkowita i frakcje; 7) fosfataza alkaliczna; 8) GGTP; 9) INR; 10) czas protrombinowy; 11) APPT; 12) białko całkowite, albuminy we krwi; 13) gazometria; 14) sód, potas, chlorki we krwi; 15) wapń, fosfor we krwi i moczu; 16) mocznik, kreatynina we krwi; 17) kwas moczowy we krwi i moczu; 18) kreatynina w moczu; 19) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby; 20) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej; 21) konsultacja dietetyczna.

		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.

Załącznik B.77.

LECZENIE OPORNYCH I NAWROTOWYCH POSTACI CHŁONIAKÓW CD30+ (C 81 Choroba Hodgkina; C 84.5 Inne i nieokreślone chłoniaki T)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie pacjentów z nawrotowym lub opornym na leczenie chłoniakiem ziarniczym CD30+ (HL) lub układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek CD30+ (sALCL) przy wykorzystaniu substancji czynnej brentuksymab vedotin **1.1 Kryteria kwalifikacji** Do leczenia brentuksymabem w ramach programu kwalifikują się pacjenci z potwierdzonym histologicznie chłoniakiem Hodgkina spełniający poniższe kryteria łącznie: 1) Nawrotowy lub oporny na leczenie HL a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ang. *autologous stem celi transplantation*,ASCT) lub b) po co najmniej dwóch wcześniejszych terapiach, w przypadku, gdy ASCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia; 2) Potwierdzona histologicznie obecność antygenu CD30; 3) Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 4) Nieobecność przeciwskazań do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej. Do leczenia brentuksymabem w ramach programu kwalifikują	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. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. Zalecana dawka u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia brentuksymabem:** 1) Badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) Morfologia krwi z rozmazem; 3) Poziom aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 4) Stężenie kreatyniny; 5) Stężenie glukozy; 6) Udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym; 7) Badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej. **2. Badania wykonywane przed każdym podaniem leku:** 1) Badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) Morfologia krwi z rozmazem; 3) Stężenie kreatyniny; 4) Poziom aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 5) Stężenie glukozy. **3. Badanie obrazowe wykonywane po drugim i ósmym cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami:**

się pacjenci z potwierdzonym histologicznie układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek spełniający poniższe kryteria łącznie: 1) Nawrotowy lub oporny na leczenie sALCL; 2) Potwierdzona histologicznie obecność antygenu CD30; 3) Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 4) Nieobecność przeciwskazań do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej. **1.2 Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów zakończenia udziału w programie. **1.3. Kryteria wyłączenia z udziału w programie dla HL lub sALCL:** 1) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na brentuksymab vedotin lub którykolwiek ze składników preparatu; 2) Toksyczność według WHO powyżej 3; 3) Progresja choroby podczas leczenia (wg kryteriów zawartych w kol. 3 ust. 4), nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia; 4) Brak częściowej odpowiedzi po ośmiu cyklach leczenia; 5) Podanie szesnastu cykli leczenia; 6) Ciąża.		TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu **4. Kryteria odpowiedzi na leczenie:** Ocena odpowiedzi na leczenie będzie się odbywała na podstawie: 1) Badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) Badanie obrazowe – TK lub PET/TK. **4.1. Kryteria odpowiedzi na leczenie (na podstawie *Bruce D. Cheson et al. Revised Response Criteria for Malignant Lymphoma. J Clin Oncol 2007. 25:579-586.):*** 1) Całkowita odpowiedź: ustąpienie objawów choroby oraz całkowita regresja zmian chorobowych w badaniu obrazowym lub negatywny wynik badania FDG-PET; 2) Częściowa odpowiedź: redukcja wymiarów zmian chorobowych o ≥50% w badaniu obrazowym; 3) Stabilizacja choroby: zmiany wymiarów zmian o <50%; 4) Progresja choroby: wzrost wymiarów zmian ≥50% lub wystąpienie nowych zmian. **5. 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.

Załącznik B.78.

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) Z ZASTOSOWANIEM IMMUNOGLOBULINY LUDZKIEJ NORMALNEJ PODAWANEJ Z REKOMBINOWANĄ HIALURONIDAZĄ LUDZKĄ

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia do programu: 1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej; 2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności; 3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6); 4) wiek ≥ 18 lat. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)**	**1. Substancja czynna:** immunoglobulina ludzka normalna w podaniu z rekombinowaną hialuronidazą ludzką (Ig+rHuPH20) **2. Sposób podania:** podskórnie (SCIg) **3. Dawkowanie:** 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. **SCIg** (podanie podskórne) - dawka 0,4 - 0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 1 -do 6 tygodni; 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 miedzy infuzjami produktu leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) poziom glukozy w surowicy krwi; 4) oznaczenie w żylnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych; 5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP); 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR; 7) poziom białka C-reaktywnego (CRP); 8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;

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. 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. **3. Określenie czasu leczenia w programie:** 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; 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;	Dawkowanie powinno prowadzić do osiągnięcia poziomu IgG w wysokości co najmniej 5,0 g/l (mierzonego w surowicy przed kolejnym podaniem leku lub podczas wizyt kontrolnych). Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w warunkach szpitalnych, według następującego schematu: 1) pacjent odbywa minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG. 2) Wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania SCIg -samodzielnego lub przez opiekuna prawnego 3) pacjent lub opiekunowie prawni 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 podjąć w przypadku ich wystąpienia, 4) pacjent otrzymuje preparaty SCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta, 5) preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.	10) USG, RTG, TK lub MRI (w zależności od wskazań klinicznych): klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej; 11) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV i HIV metodą PCR; 12) badanie wirusologiczne EBV metodą PCR w zależności od wskazania klinicznego. 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. **2. Monitorowanie leczenia:** 1) poziom IgG (ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych) w surowicy krwi, mierzony przed kolejnym podaniem lub wizytą kontrolną lub wydaniem kolejnej dawki preparatu, co 1-6 miesięcy oraz po przerwie w terapii substytucyjnej; 2) liczebność subpopulacji limfocytów w żylnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych; 3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy; 4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy; 5) ocena funkcji wątroby: poziomy AlAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy; 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy; 7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy; 8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy; 9) masa ciała na każdej wizycie; 10) ciśnienie krwi na każdej wizycie;

3) weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta jest przeprowadzana raz w roku przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej. **4. Kryteria wyłączenia:** 1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej lub 2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej lub 3) brak zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na kontynuację udziału w programie lekowym.		11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych); 12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego 13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego. **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.

Załącznik B.79.

LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI LIMFOCYTOWEJ OBINUTUZUMABEM (ICD 10: C.91.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW
W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE
W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji:

Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną przewlekłą białaczką limfocytową CD20+ spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:
1) wiek 18 lat i powyżej;
2) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;
3) przeciwwskazania (z powodu chorób współistniejących) do leczenia opartego na pełnej dawce fludarabiny;
4) parametry:
a) CrCl (Creatine Clearance): >30ml/min oraz < 70 ml/min lub
b) liczba punktów wg skali CIRS > 6;
5) stan sprawności według WHO: 1;
6) obecność wskazań do rozpoczęcia leczenia wg propozycji International Workshop on Chronić Lymphocytic Leukemia updating (he National Cancer Institute-Working Group (WCLL);
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.

2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:</td>
<td>Dawkowanie obinutuzumabu:
1) Cykl 1.
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.

2) Cykl 2 - 6
Zalecaną dawkę obinutuzumabu -1000 mg podaje się w 1. dniu cyklu.

Obinutuzumab stosowany jest w skojarzeniu z chlorambucylem.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji

1.1 Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonane wcześniej:
1) badanie na obecność antygenu CD20;
2) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;
3) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita);
4) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta;
5) ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS.

1.2 Badania przesiewowe w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu B zawierające co najmniej testy w kierunku HBsAg i HBcAb;
1.3 Test ciążowy

2. Monitorowanie leczenia:

Przed każdym podaniem leku:
1) morfologia krwi ze wzrostem odsetkowym;
2) stężenie kreatyniny;
3) stężenie kwasu moczowego;
4) aktywność AST, ALT;
5) stężenie bilirubiny całkowitej.</td>
</tr>
</table>

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 CIRS, 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.

Załącznik B.80.

LECZENIE PODTRZYMUJĄCE OLAPARYBEM CHORYCH NA NAWROTOWEGO PLATYNOWRAŻLIWEGO ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB PIERWOTNEGO RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10 C56, C57, C48)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji:
1) histologiczne rozpoznanie surowiczego raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;
2) obecność mutacji w genie BRCA1 i/lub w BRCA2 (dziedzicznej i (lub) somatycznej);
3) chore platynowrażliwe (nawrót w okresie > 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny);
4) chore, które otrzymały co najmniej dwie linie leczenia schematami chemioterapii zawierającymi pochodne platyny (np. karboplatynę, cisplatynę);
5) obiektywna odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny (odpowiedź całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST);
6) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG;
7) wiek powyżej 18 roku życia;
8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:</td>
<td>Leczenie olaparybem powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz doświadczony w stosowaniu przeciwnowotworowych produktów leczniczych.
<u>Dawkowanie</u>
Zalecana dawka olaparybu wynosi 400 mg (osiem kapsułek) dwa razy na dobę, co odpowiada całkowitej dawce dobowej 800 mg.
Chore powinny rozpocząć leczenie olaparybem nie później niż 8 tygodni po podaniu ostatniej dawki leków w schemacie zawierającym pochodne platyny.
Zaleca się kontynuowanie leczenia do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej.
<u>Dostosowanie dawkowania</u>
Stosowanie leku można przerwać w celu opanowania działań niepożądanych takich jak nudności, wymioty, biegunka i niedokrwistość; można również rozważyć zmniejszenie dawki leku.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia olaparybem:
1) potwierdzenie uzyskania obiektywnej odpowiedzi na leczenia schematem chemioterapii zawierającym pochodne platyny zastosowanym w fazie nawrotu (odpowiedź całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST):
a) 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);
5) test ciążowy (u kobiet w okresie prokreacyjnym, u których nie wykonano radykalnego wycięcia narządu rodnego);
6) oznaczenie stężenia CA125;
7) inne badania w razie wskazań klinicznych.</td>
</tr>
</table>

a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl; b) liczba leukocytów większa lub równa 3,0 x 10^9/l; c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1,5 x 10^9/l; d) liczba płytek krwi większa lub równa 100 x 10^9/l; 9) 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; 10) wykluczenie ciąży. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.1. Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej (wg RECIST). **1.2. Kryteria wyłączenia z programu:**	Zalecana dawka zredukowana wynosi 200 mg dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 400 mg). W przypadku, gdy konieczna jest dalsza redukcja dawki, można rozważyć jej zmniejszenie do 100 mg dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 200 mg). <u>Sposób podawania</u> Olaparyb jest przeznaczony do podawania doustnego. Olaparyb należy przyjmować co najmniej jedną godzinę po posiłku i powstrzymać się od jedzenia przez co najmniej dwie godziny od przyjęcia leku. Modyfikacje dawkowania oraz rytmu podawania leków zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktów Leczniczych.	**2. Monitorowanie leczenia olaparybem:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia w surowicy: a) kreatyniny; b) bilirubiny; 3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 4) inne badanie w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się co 1 miesiąc. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia olaparybem:** 1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) oznaczenie stężenia CA125; 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się: 1) w trakcie leczenia olaparybem, nie rzadziej niż co 3 miesiące; 2) przy wzroście stężenia CA125 - stwierdzonym w dwóch kolejnych oznaczeniach - przekraczającym 2-krotną wartości

1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na olaparyb lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w punkcie 6.1 ChPL; 2) progresja choroby podstawowej w trakcie leczenia (wg RECIST); 3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu ≥ 3 według klasyfikacji NCI CTC; 4) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku.		nadiru (u chorych z wartością wyjściową poza zakresem normy) lub 2-krotnie górną granicę normy; 3) w razie wskazań klinicznych. Badanie stężenia CA125 wykonuje się nie rzadziej niż co 1 miesiąc. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST. **4. Monitorowanie programu:** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej chorej 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.

Załącznik B.81.

LECZENIE MIELOFIBROZY PIERWOTNEJ ORAZ MIELOFIBROZY WTÓRNEJ W PRZEBIEGU CZERWIENICY PRAWDZIWEJ I NADPŁYTKOWOŚCI SAMOISTNEJ (ICD-10 D47.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Leczenie powiększenia śledziony 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.

1. Kryteria kwalifikacji

1.1 Rozpoznanie:
a) pierwotnej mielofibrozy (PMF)
lub
b) mielofibrozy w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF),
lub
c) mielofibrozy w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF)
– 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);
1.2 Pacjenci z grupy ryzyka:
a) pośredniego – 2
lub
b) wysokiego
– wg IPSS (ang. International Prognostic Scoring System);
1.3 Splenomegalia (powiększenie śledziony ≥5 cm poniżej lewego łuku</td>
<td>1. Dawkowanie ruksolitynibu:

Dawkowanie leku odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem

1.1 badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:
a) oceny wielkości śledziony,
b) masy ciała,
c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS:
— poty nocne (≥4 pkt),
— utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt),
— gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt),
— bóle kostne (≥4 pkt),
— świąd (≥4 pkt),
— zmęczenie (≥4 pkt);
1.2 morfologia krwi z rozmazem ocenionym mikroskopowo;
1.3 aktywność transaminaz wątrobowych;
1.4 stężenie bilirubiny;
1.5 stężenie kreatyniny w surowicy;
1.6 trepanobiopsja szpiku, jeżeli nie była wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją;</td>
</tr>
</table>

żebrowego) w badaniu palpacyjnym oraz w badaniu ultrasonograficznym; 1.4 Pacjenci z liczbą płytek krwi > 50 tysięcy/µl; 1.5 Wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS: a) poty nocne (≥4 pkt), b) utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt), c) gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt), d) bóle kostne(≥4 pkt), e) świąd (≥4 pkt), f) zmęczenie (≥4 pkt); 1.6 Wiek: 18 lat i więcej; 1.7 Stan sprawności: a) od 0 do 2, oceniany wg Eastern Cooperative Oncology Group lub b) od 1- 2 wg WHO – w momencie włączenia do programu; 1.8 Brak wcześniejszej splenektomii; 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; 1.10 Adekwatna wydolność narządowa 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 2,5-krotnie górnej granicy normy, b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		1.7 USG jamy brzusznej z oceną wymiarów śledziony. **2. Monitorowanie leczenia ruksolitynibem:** 2.1. badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem: a) oceny wielkości śledziony, b) masy ciała, c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS: — poty nocne (≥4 pkt), — utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt), — gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt), — bóle kostne (≥4 pkt), — świąd (≥4 pkt), — zmęczenie (≥4 pkt); 2.2. morfologia krwi; 2.3. aktywność transaminaz wątrobowych; 2.4. stężenie bilirubiny; 2.5. stężenie kreatyniny w surowicy; 2.6. USG jamy brzusznej z oceną wymiarów śledziony. Częstość wykonywania badań: 1) morfologia krwi i parametry biochemiczne: a) co 2-4 tygodnie – do czasu ustabilizowania dawki ruksolitynibu, a następnie w zależności od wskazań klinicznych oraz zgodnie z zasadami określonymi w ChPL; b) co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby – u pacjentów z niewydolnością wątroby; 2) wszystkie badania kontrolne:

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** 3.1 Brak lub utrata odpowiedzi po leczeniu rozumiane jako: a) brak jakiegokolwiek zmniejszenia w badaniu przedmiotowym powiększonej w momencie kwalifikacji śledziony – po 3 miesiącach leczenia, b) brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej w momencie kwalifikacji śledziony, o co najmniej 50 % 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 CERTOLIZUMABEM PEGOL PACJENTÓW Z CIĘŻKĄ, AKTYWNĄ POSTACIĄ SPONDYLOARTROPATII OSIOWEJ (SpA) BEZ ZMIAN RADIOGRAFICZNYCH CHARAKTERYSTYCZNYCH DLA ZZSK (ICD-10 M 46.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: 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. 2) Do programu kwalifikuje się: 2.1 pacjentów z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) na podstawie kryteriów ASAS bez klasycznych zmian radiograficznych w stawach krzyżowo-biodrowych obserwowanych na zdjęciach RTG (tzw. osiowa spondyloartropatia bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK), ale ze zmianami typowymi w obrazie rezonansu magnetycznego (MR) i obecnym antygenem HLA B27 i	**1. Dawkowanie:** 1) Certolizumab pegol należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. 2) U pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych należy rozważyć łączne stosowanie certolizumabu pegol z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości; 2) morfologia krwi; 3) płytki krwi (PLT); 4) odczyn Biernackiego (OB); 5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) stężenie kreatyniny w surowicy; 8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HCV; 13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 15) EKG z opisem; 16) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza brak zmian radiograficznych typowych dla ZZSK; 17) MR stawów krzyżowo-biodrowych, który potwierdza obecność aktywnych zmian zapalnych według ASAS. **2. Monitorowanie leczenia:**

2.2 pacjentów 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 2-3 g/dobę lub maksymalnej tolerowanej; b) metotreksat w dawce 25 mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej; przez okres minimum 4 miesięcy każdym oraz 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 oraz co najmniej jednokrotnego miejscowego podania glikokortykosteroidów lub 2.3 pacjentów z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych, wcześniej leczonych biologicznie w programie „Leczenie inhibitorami TNF alfa świadczeniobiorców z ciężką, aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK) (ICD-10 M 45)”, u których wystąpił		1) Po 90 dniach (± 14 dni) i 180 dniach (± 28 dni) 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 każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni). **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.

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: 1) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS ≥ 2,1 w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; 2) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; 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: 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; b) w ocenie eksperta uwzględnia się: - obraz kliniczny choroby, - czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, - wyniki badania wskaźników ostrej fazy, - wyniki badań obrazowych, - status aktywności zawodowej, - występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy, - współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi		

zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia; c) ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS; 3.2 w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych i/lub przyczepów ścięgnistych: 1) liczba obrzękniętych stawów i/lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych - potwierdzone w badaniu USG lub MR) – co najmniej 5 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz 2) liczba tkliwych stawów i/lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) – co najmniej 5 łącznie - w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz 3) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz 4) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz 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:		

- obraz kliniczny choroby, - czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, - wyniki badania wskaźników ostrej fazy, - wyniki badań obrazowych, - status aktywności zawodowej, - występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy, - współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia. 4) Rodzaj zmian koniecznych do stwierdzenia sacroilitis w obrazie rezonansu magnetycznego: 4.1 uwidocznienie aktywnych zmian zapalnych w stawach krzyżowo-biodrowych w obrazie MR wg ASAS; 4.2 jednoznaczne uwidocznienie obrzęku szpiku kostnego wykazane w sekwencji prepulsowej typu STIR lub wykazanie osteitis w badaniu T1 post Gd, silnie sugerujące SpA i zlokalizowane w typowych miejscach anatomicznych (podchrzęstnie lub w okołostawowym szpiku kostnym); 4.3 brak spełnienia kryteriów dodatniego wyniku MR wg ASAS koniecznych do stwierdzenia sacroilitis w obrazie MR następuje w przypadku wykazania: 1) obecności wyłącznie innych zmian zapalnych, takich jak: zapalenie błony maziowej, przyczepów ścięgnistych lub torebki stawowej bez obrzęku szpiku/osteitis, 2) wyłącznie zmian strukturalnych, takich jak: złogi tłuszczu, stwardnienie (sclerosis), nadżerki lub ankyloza kostna (prawdopodobnie takie zmiany odzwierciedlają przebyte zapalenie),		

3) zmian strukturalnych przy braku obrzęku szpiku lub osteitis; 4.4 liczba wymaganych sygnałów: 1) jeżeli jest tylko jeden sygnał (zmiana) w każdym przekroju sugerujący aktywne zapalenie, zmiana musi być obecna co najmniej w dwóch kolejnych przekrojach, 2) jeżeli jest więcej niż jeden sygnał w pojedynczym przekroju, jeden przekrój może być wystarczający. 5) 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. 6) 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 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. **3. Adekwatna odpowiedź na leczenie:** 1) w przypadku postaci osiowej: a) po 3 miesiącach (± 14 dni) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki		

albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia, b) po 6 miesiącach (± 28 dni) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3; 2) w przypadku postaci obwodowej: a) po 3 miesiącach (± 14 dni) 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 (± 28 dni) 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. **4. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3; 2) brak utrzymania kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących; 3) niska aktywność choroby w postaci osiowej lub obwodowej zgodnie z pkt 3 ppkt 1b) lub 2b), która utrzymuje się nieprzerwanie przez okres 12-15 miesięcy; 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. Czas leczenia w programie:**		

1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 2) Czas leczenia daną substancją czynną w ramach programu nie może być dłuższy niż 18 miesięcy przy pierwszym podawaniu leku biologicznego, z zastrzeżeniem pkt 6 niniejszego programu. 3) W przypadku czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną dłuższej niż miesiąc z przyczyn uzasadnionych klinicznie, czas leczenia i schemat monitorowania ulega wydłużeniu o okres przerwy w podawaniu leku. 4) Jeśli u chorego zaprzestano podawania leku z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i doszło u niego do nawrotu aktywnej choroby w okresie poniżej 12 tygodni, wtedy decyzja o długości leczenia, dawkowaniu i częstości podawania leku biologicznego po nawrocie i ponownym uzyskaniu niskiej aktywności choroby, należy do lekarza prowadzącego. 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 3 ppkt 1b) lub 2b), 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 terapii nie jest możliwe. **6. 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.		

Załącznik B.83.

LECZENIE SPASTYCZNOŚCI KOŃCZYNY DOLNEJ PO UDARZE MÓZGU Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD-10 I61, I63, I69)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie następujące kryteria: a) w wieku ≥ 18 roku życia, b) po przebytym niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu w okresie co najmniej 3 miesięcy przed włączeniem do programu, udokumentowanym wypisem ze szpitala, c) z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny dolnej – stopa końsko-szpotawa w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w obrębie stawu skokowego, d) pacjent zdolny do przyjęcia pozycji stojącej; 2) do programu nie kwalifikuje się pacjentów w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów: a) nasilone zaburzenia połykania lub zaburzenia oddechowe, b) ciąża,	**1. Dawkowanie** **1.1 Botulinum A toxin ā 100j. (Botox)** 1) zalecana dawka w leczeniu spastyczności kończyny dolnej obejmującej staw skokowy wynosi dla jednej kończyny 300 j. podzielonych pomiędzy 3 mięśnie; 2) maksymalna dawka jednorazowa wynosi 300 j. Lek podaje się wielopunktowo w zakresach dawek zgodnych z obowiązującą Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz zgodnie z doświadczeniem klinicznym podającego: a) mięsień brzuchaty łydki, głowa przyśrodkowa 75 j., 3 miejsca, b) mięsień brzuchaty łydki, głowa boczna 75 j., 3 miejsca, c) mięsień płaszczkowaty, 75 j., 3 miejsca, d) mięsień piszczelowy tylny 75 j., 3 miejsca; 3) częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta - maksymalnie 3 razy w okresie roku, nie częściej niż co 12 tygodni.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie neurologiczne: a) ocena spastyczności w skali MAS, b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0-5 w poszczególnych grupach mięśniowych), c) opisowa ocena zdolności przyjęcia pozycji stojącej i chodu; 2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR w dniu podania ≤ 2,5). **2. Monitorowanie leczenia** Podczas wizyt kontrolnych, o których mowa w pkt. 3 w kolumnie „Świadczeniobiorcy”, przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku wykonuje się: 1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w MAS (poprawa o ≥1 punkt), która stanowi kryterium podania kolejnych dawek leku;

c) miastenia i zespół miasteniczny - na podstawie badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach), d) objawy uogólnionego zakażenia, e) obecność stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania, f) utrwalone przykurcze w tkankach miękkich i stawach; 3) kwalifikacja pacjenta do programu następuje kiedy pacjent ma wyznaczony termin rozpoczęcia rehabilitacji medycznej potwierdzony przez podmiot udzielający świadczeń rehabilitacyjnych; 4) rozpoczęcie rehabilitacji medycznej musi nastąpić najpóźniej do 4 tygodni od podania leku. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący leczenie pacjenta. Zalecany czas leczenia w ramach programu to dwa lata. Czas ten może zostać wydłużony, jednak nie więcej niż o kolejne dwa lata (łączny czas pozostawania pacjenta w programie nie może przekraczać czterech lat). W przypadku wystąpienia u pacjenta przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu, pacjent zostaje wyłączony z programu bez zbędnej zwłoki. **3. Podawanie leku w ramach programu** 1) leczenie w programie obejmuje maksymalnie do 6 podań leku w okresie do 2 lat (lub do 12 podań w okresie do 4 lat); 2) o liczbie podań, jaką otrzyma pacjent, decyduje lekarz prowadzący. Liczba podań leku zależy od uzyskania przez	1.2 **Botulinum A toxin ā 500 j. i Botulinum A toxin a 300j. (Dysport)** 1) maksymalna dawka jednorazowa wynosi 1500 j.; 2) lek podaje się wielopunktowo (z wyjątkiem małych mięśni) w zakresach dawek zgodnych z obowiązującą Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz zgodnie z doświadczeniem klinicznym podającego: a) mięsień płaszczkowaty, 300 - 550 j. b) mięsień brzuchaty łydki, głowa przyśrodkowa 100 – 450 j. c) mięsień brzuchaty łydki, głowa boczna 100 – 450 j. d) mięsień piszczelowy tylny, 100 – 250 j. e) mięsień zginacz długi palców, 50 – 200 j. f) mięsień zginacz krótki palców, 50 – 200 j. g) mięsień zginacz długi palucha, 50 – 200 j. h) mięsień zginacz krótki palucha, 50 – 100 j. 3) częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta - maksymalnie 3 razy w okresie roku, nie częściej niż co 12 tygodni. W wyjątkowo trudnych przypadkach możliwe jest podawanie leku pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia lub ultrasonografii.	2) ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta oceniana za pomocą skali CGI – IS (Clinical Global Imperssion – Improvement Scale); 3) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0-5 w poszczególnych grupach mięśniowych); 4) opisową ocenę czynności stania i chodu; 5) w dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji. **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.

pacjenta dobrej odpowiedzi na leczenie, która będzie weryfikowana podczas wizyt kontrolnych: a) wizyta kontrolna powinna odbyć się po 4-8 tygodniach po każdorazowym podaniu leku, b) kolejna wizyta kontrolna bezpośrednio przed oczekiwanym kolejnym podaniem leku – najwcześniej po 12 tygodniach od podania poprzedniej dawki leku. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 2) utrwalony przykurcz kończyny dolnej w zakresie stawu skokowego; 3) potwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego; 4) objawy uogólnionego zakażenia; 5) ciężkie zaburzenia połykania i oddychania; 6) ciąża lub karmienie piersią; 7) wystąpienie stanu zapalnego w okolicy miejsca podania; 8) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku; 9) wszczepienie pompy baklofenowej; 10) przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy); 11) powstanie oporności na lek; 12) brak rehabilitacji pacjenta w okresie między kolejnymi podaniami leku (co najmniej raz w ciągu każdych 12 miesięcy leczenia); 13) 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 ≥ 1 punkt w skali MAS względem wartości wyjściowych.		

Załącznik B.84.

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**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia lenalidomidem 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. 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie.	**1. Dawkowanie:** 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. 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.	**1. Badania dodatkowe przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi; 2) AspAT, AlAT; 3) stężenie bilirubiny; 4) stężenie kreatyniny; 5) klirens kreatyniny 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. 25mlU/ml. **2. Monitorowanie leczenia** Badania kontrolne, w szczególności morfologia krwi i test ciążowy o czułości min. 25mlU/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. **3. Monitorowanie programu:**

3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo 1) bezwzględna liczba neutrofili <0,5x10^9/l lub liczba płytek krwi <25x10^9/l; 2) ciąża; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **4. Kryteria zakończenia udziału w programie** 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; 2) ponowne uzależnienie od przetoczeń kkcz lub wzrost zapotrzebowania na przetoczenia kkcz; 3) wystąpienie toksyczności na nieakceptowalnym poziomie, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) progresja choroby podstawowej (MDS); 5) ciąża.		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.

Załącznik B.85.

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)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU
W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE
W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji do programu:
Do leczenia w pierwszej linii nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą w skojarzeniu z gemcytabiną do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria:
1) rozpoznanie przerzutowego gruczolakoraka trzustki w stadium uogólnienia, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie (leczenie nie dotyczy chorych z rozpoznaniem nowotworu wysp trzustkowych);
2) stopień sprawności według skali Karnofsky’ego – 70 lub więcej;
3) wiek 18 lat lub powyżej;
4) wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o paliatywnym założeniu (leczenie w sytuacji uogólnienia choroby);
5) brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX;
6) obecność zmian nowotworowych możliwych do zmierzenia;
7) prawidłowe wskaźniki czynności wątroby i nerek:
a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych,</td>
<td>1. Dawkowanie:
Lek zawierający nanocząsteczkowy kompleks paklitakselu z albuminą jest stosowany w skojarzeniu z gemcytabiną. Dawkowanie nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą oraz gemcytabiny w leczeniu skojarzonym prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji:
1) TK brzucha i miednicy;
2) RTG klatki piersiowej;
3) TK innej lokalizacji, w zależności od umiejscowienia przerzutów;
4) morfologia krwi;
5) poziom AspAT i AlAT;
6) stężenie bilirubiny;
7) stężenie kreatyniny;
8) EKG.
Badania przy kwalifikacji winny być wykonywane w okresie nie dalszym niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie.

2. Monitorowanie leczenia:
1) przed każdym podaniem leku w programie wykonuje się następujące badania:
a) morfologia krwi;
b) poziom AspAT i AlAT;
c) stężenie bilirubiny;
d) stężenie kreatyniny;
e) EKG
oraz dokonuje się oceny neurologicznej pacjenta;</td>
</tr>
</table>

b) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych; 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 neutrofili mniejsza niż 1500 w mm^3 lub liczba płytek krwi mniejsza niż 100 000 w mm^3; 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:		2) co 2 cykle leczenia wykonuje się: a) TK brzucha i miednicy lub MR jamy brzusznej; b) RTG 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. 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.

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.) ustalona na podstawie wyników badań klinicznych i laboratoryjnych po zastosowaniu każdego cyklu leczenia; 3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.		

Załącznik B.86.

LECZENIE WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH (ICD-10 E85, R50.9, D89.8, D89.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
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.. **1.1 Kryteria kwalifikacji** **Wrodzone zespoły autozapalne** a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym: a. noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem InflammatoryDisease); inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skórno-stawowy (CINCA, ang. Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome), b. zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome); c. zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold	**1. Dawkowanie** Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji:** **a) Badania obowiązkowe** 1. OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonia, ferrytyna, 2. morfologia krwi pełna z rozmazem, 3. układ krzepnięcia: APTT, INR;D-dimery, fibrynogen, 4. próby wątrobowe: AlAT, AspAT;GGTP, 5. kreatynina, mocznik w surowicy; klirens kreatyniny, 6. albuminy; proteinogram, 7. ocena ciśnienia tętniczego, 8. badanie ogólne moczu, 9. badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV, 10. RTG klatki piersiowej, 11. USG jamy brzusznej. **b) Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego** 1. konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu, 2. konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN i/lub MRI OUN), 3. badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka),

Autoinflammatory Syndrome). b) inne wrodzone zespoły autozapalne: a. TRAPS; b. FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny; c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1 a. zespól Schnizler; d) Amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych. **1.2 Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **1.2 Kryteria wyłączenia** a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę, b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia, c) ciężka niewydolnością nerek (klirens kreatyniny < 30 ml/min.) – jeżeli jest to uzasadnione klinicznie w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego, d) rezygnacja pacjenta z leczenia lub brak współpracy z pacjentem.		4. ocena kardiologiczna lub ocena kardiologiczna z ECHO serca, 5. konsultacja stomatologiczna, 6. DZM na białko. **2. Monitorowanie leczenia** Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy (zależnie od wieku pacjenta, jego stanu klinicznego i odpowiedzi na leczenie) **a) Badania obowiązkowe** 1. OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), 2. morfologia krwi pełna z rozmazem, 3. układ krzepnięcia: APTT, INR;D-dimery, fibrynogen, 4. próby wątrobowe: AlAT, AspAT;GGTP, 5. kreatynina, mocznik w surowicy; klirens kreatyniny, 6. badanie ogólne moczu; białko i mikroalbuminuria w moczu, 7. ocena ciśnienia tętniczego. **Badania kontrolne w monitorowaniu leczenia wymienione w punktach 1-6 należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 8 tygodni w pierwszych 6 miesiącach leczenia i nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w kolejnych.** **b) Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego** 8. konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu, 9. konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN i/lub MRI OUN), 10. badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka).

		Badania kontrolne wymienione w punktach 8-10 należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy w zależności od stwierdzanych u pacjenta objawów klinicznych oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych stwierdzonych w trakcie kwalifikacji do leczenia. **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 sprawozdawczorozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.87.

LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC (ICD-10 J84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu		
1. Kryteria kwalifikacji **Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:** 1) Wiek powyżej 18. roku życia; 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; 3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca; 4) FVC powyżej 50% wartości należnej; 5) DLco powyżej 30%; **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie prowadzone jest do czasy spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu.	**1. Dawkowanie** Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Spirometria; 2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco); 3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości); 4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ; 5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria; 6) Aktywność AlAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy; 7) Klirens kreatyniny endogennej; 8) Morfologia krwi. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy; a) Spirometria; b) DLco c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;

3. Kryteria wyłączenia 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 substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie; 4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy; 5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby; 6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii; 7) Ciąża i karmienie piersią; 8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca. 9) Brak zgody na leczenie		2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy; 3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii: a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy; leczenia, a następnie co 3 miesiące; 4) Morfologia krwi co 6 miesięcy. **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 NFZ.
Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem nintedanibu		
1. Kryteria kwalifikacji a) wiek ≥ 18 lat; 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;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy; 2) w razie trudności diagnostycznych, w oparciu jedynie o obraz uzyskany w tomografii komputerowej, ocena próbek materiału histologicznego pochodzących z biopsji płuc;

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 ≥ 50% wartości należnej; e) pojemność dyfuzyjna płuc DL_{CO} powyżej 30%; f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.: a. nadwrażliwość na lek, b. ciąża, c. karmienie piersią, d. inne przeciwskazania 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) przeciwskazania 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_{CO} 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_{CO} 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;

toksyczności zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego; 6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na udział w programie.		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.88.

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**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji:** 1.1. Histologicznie potwierdzone rozpoznanie miejscowo zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami odległymi u pacjentów, u których: 1) Nowotwór jest w stadium nieoperacyjnym lub występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, definiowane jako: a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności i/lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym lub c) inne przeciwskazania do leczenia chirurgicznego (np. usunięcie części struktur twarzoczaszki, np. nosa, ucha, powieki, gałki ocznej, bądź konieczność amputacji kończyny); 2) stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują	Dawkowanie wismodegibu zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 9) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 10) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 11) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania

przeciwskazania do radioterapii; 3) przerzuty odległe są histopatologicznie potwierdzone jako ogniska raka podstawnokomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnokomórkowego, 1.2. Stan sprawności 0-2 wg ECOG; 1.3. Wykluczenie współistnienia innych nowotworów złośliwych tzn. stanu po leczeniu lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym (niezależnie od odpowiedzi na leczenie) albo nieuzyskanie całkowitej remisji po leczeniu o założeniu radykalnym; 1.4. Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi: 1) wyniki badań czynności wątroby: a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (GGN) lub, w przypadku pacjentów z udokumentowanym zespołem Gilberta, nieprzekraczające trzykrotności GGN; b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie GGN; 2) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2,0 mg/dL; 3) stężenie hemoglobiny powyżej 8,5 g/dl; 4) liczba granulocytów co najmniej 1000/µl; 5) liczba płytek krwi co najmniej 75 000/µl; 1.5. Kobiety w wieku rozrodczym i mężczyźni muszą spełniać wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. 1.6. Wiek ≥18 roku życia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie:** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciąża lub karmienie piersią;		nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych; 12) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą 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 aktywności fosfatazy zasadowej; 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 nie rzadziej niż co 8 tygodni - przed decyzją o kontynuowaniu leczenia. 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.

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 podstawnokomórkowym 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**

		podstawnokomórkowym 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.

Załącznik B.89.

LECZENIE EWEROLIMUSEM CHORYCH NA STWARDNIENIE GUZOWATE Z NIEKWALIFIKUJĄCYMI SIĘ DO LECZENIA OPERACYJNEGO GUZAMI PODWYŚCIÓŁKOWYMI OLBRZYMIOKOMÓRKOWYMI (SEGA) ICD-10 Q85.1

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
Do leczenia ewerolimusem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:

1) Stwardnienie guzowate potwierdzone badaniem genetycznym (geny TSC1, TSC2) lub pewne rozpoznanie klinicznie stwardnienia guzowatego według zmodyfikowanych kryteriów diagnostycznych (Northrup H et al. Pediatr Neurol. 2013;49:243-54).

Kryteria większe:
1. angiofibroma twarzy (≥3) lub płaskie włókniaki głowy;
2. atraumatyczne włókniaki okołopaznokciowe (≥2);
3. znamiona bezbarwne (≥3, o średnicy co najmniej 5 mm);
4. ogniska skóry szagrynowej;
5. mnogie hamartoma siatkówki;
6. guzki korowe mózgu (Cortical dysplasias / tubers lub migration lines);
7. guzki podwyściółkowe mózgu;
8. gwiaździak podwyściółkowy olbrzymiokomórkowy</td>
<td>1. Dawkowanie
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:

$pc. = (m^{0,425} \times l^{0,725}) \times 0,007184$

Zalecana dawka początkowa ewerolimusu w leczeniu pacjentów z SEGA wynosi 4,5 mg/m^2 pc. Aby osiągnąć pożądaną dawkę można połączyć różne dawki tabletek produktu leczniczego ewerolimus.

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.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) Badanie genetyczne – geny TSC1, TSC2 w przypadku gdy rozpoznanie było ustalane na podstawie badania genetycznego.

2) Badanie morfologii krwi z rozmazem.

3) Badania biochemiczne:
a) aktywność transaminaz wątrobowych,
b) stężenie bilirubiny,
c) stężenie kreatyniny,
d) stężenie glukozy,
e) stężenie lipidów na czczo.

4) Serologiczne markery zakażenia HBV i HCV.

5) Rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa głowy.

6) Test ciążowy wg wskazań i zaleceń lekarza.

2. Monitorowanie leczenia</td>
</tr>
</table>

(SEGA); 9. mięśniak prążkowanokomórkowy serca (rhabdomyoma); 10. lymphangioleiomyomatoza (LAM - lymphangioleiomyomatosis); 11. naczyniakomięśniakotłuszczaki (angiomyolipoma) nerek. **Kryteria mniejsze:** 1. mnogie ubytki szkliwa (>3); 2. włókniaki jamy ustnej (≥2); 3. hamartoma o pozanerkowej lokalizacji; 4. zmiany w siatkówce oka (retinal achromic patch); 5. plamy na skórze typu „confetti" ; 6. mnogie torbiele nerek. Rozpoznanie stwardnienia guzowatego jest pewne, gdy spełnione są 2 duże kryteria lub 1 duże i ≥ 2 kryteria mniejsze. 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. 3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według RECIST. 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	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. 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. 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. W przypadku pominięcia dawki, nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze. **Zalecenia dotyczące monitorowania stężenia terapeutycznego, dostosowania dawki ewerolimusu i postępowania w przypadku specjalnych grup pacjentów, oraz wystąpienia działań niepożądanych**	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. 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. 3) Co 4 tygodnie leczenia ewerolimusem, począwszy od 4 tygodnia leczenia w pierwszym roku, a następnie co 3 miesiące, począwszy od 12 miesiąca leczenia: a) badanie morfologii krwi z rozmazem, b) podstawowe badania biochemiczne: — aktywność transaminaz wątrobowych, — stężenie bilirubiny, — stężenie kreatyniny, — stężenie glukozy, — lipidogram na czczo. 4) Badanie czynnościowe i RTG płuc w przypadku wystąpienia objawów ze strony dróg oddechowych. 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. 6) Oznaczenie poziomu DNA/RNA wirusa zapalenia wątroby

oddziały NFZ. **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** 1) Pacjenci kwalifikujący się wg zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga do zabiegu chirurgicznego związanego z SEGA. 2) Istotne zaburzenia hematologiczne, zaburzenia wątroby lub nerek (poziom aktywności transaminaz >2.5x górna granica normy lub stężenie bilirubiny w osoczu >1.5x górna granica normy lub stężenie kreatyniny w surowicy >1.5x górna granica normy, stężenie hemoglobiny < 9 g/dl, liczba płytek krwi <80 000/mm^3, całkowita liczba neutrofilów <1 000 /mm^3). 3) Trwające lub aktywne zakażenie w chwili włączenia do programu. 4) Chorzy z wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C. 5) Zabieg chirurgiczny (polegający na otwarciu jamy ciała lub wymagający założenia szwów) w ciągu miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie leczenia. 6) Niekontrolowana hiperlipidemia: stężenie cholesterolu na czczo w surowicy >300 mg/dl i stężenie triglicerydów	**oraz specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności zawarte są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.**	typu B/C oraz poziomu przeciwciał w przypadku podejrzenia zakażenia lub reaktywacji zakażenia. **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.

na czczo >2.5 x górna granica normy. 7) Niekontrolowana cukrzyca, zdefiniowana jako HbA1c>8g/dl. 8) Chorzy ze stwierdzoną nadwrażliwością na ewerolimus lub inne analogi rapamycyny (syrolimus, temsyrolimus) lub substancje pomocnicze preparatu. 9) Chore w ciąży lub karmiące piersią. 10) Nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria). 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). 12) Wystąpienie w trakcie terapii inwazyjnego zakażenia grzybiczego 13) Brak współpracy w zakresie leczenia ze świadczeniobiorcą lub jego prawnymi opiekunami.		

Załącznik B.90.

LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA (ICD-10 G.20)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą** **1.1 Kryteria kwalifikacji:** 1) rozpoznanie choroby Parkinsona wg powszechnie przyjętych kryteriów UKPDS Brain Bank Criteria; 2) czas trwania choroby powyżej 5 lat; 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; 4) potwierdzona skuteczność stosowania lewodopy we wcześniejszym leczeniu; 5) wyczerpanie możliwości prowadzenia skutecznej terapii co najmniej dwoma lekami doustnymi o różnych mechanizmach działania lub wystąpienie działań niepożądanych, związanych ze stosowaniem tych leków; 6) obecność przeciwwskazań do wszczepienia stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu; 7) codzienna obecność i pomoc ze strony opiekuna, który będzie w stanie obsłużyć PEG oraz pompę; 8) Ocena nastroju w skali Becka oraz badanie psychologiczne – ocena funkcji poznawczych wg. Kryteriów rozpoznania otępienia w chorobie Parkinsona (Emre et al. Mov Disord 2007).	**1. Leczenie lewodopa podawaną z karbidopą** **1.2 Sposób podania:** za pomocą specjalnej pompy, w postaci ciągłego wlewu dojelitowego, przez przezskórną gastrostomię (PEG) **1.3 Dawkowanie:** W ramach programu dawkowanie zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. 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. Po ostatecznym zakwalifikowaniu chorego do objęcia programem terapeutycznym podaje się lewodopę z karbidopą w postaci ciągłego wlewu dojelitowego za pomocą zewnętrznej	**1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą** **1.1 Badania przy kwalifikacji do leczenia:** 1) Ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on z uciążliwymi dyskinezami); 2) ocena neuropsychologiczna zaburzeń nastroju (kwestionariusz Becka); 3) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) próby wątrobowe (AspAT, AlAT); 6) badanie układu krzepnięcia; 7) wynik MRI głowy z ostatnich 12 miesięcy; 8) kwalifikacja przez chirurga / gastroenterologa do PEG. **1.2 Monitorowanie leczenia:** 1) morfologia krwi z rozmazem, co 6 miesięcy; 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.;

1.2 Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu:

1) Ciężka depresja w skali Becka lub znaczne nasilenie dysfunkcji poznawczych, uniemożliwiające dalszą współpracę chorego, a tym samym skuteczną kontynuację terapii;
2) Przeciwwskazania do stosowania systemu DuoDopa zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.

1.3 Czas leczenia w programie:

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów zaprzestania udziału w programie.

1.4 Kryteria zaprzestania udziału w programie:

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;
2) Niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG;
3) Rezygnacja pacjenta;
4) Dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych;
5) Utrata skuteczności leczenia mimo prób dostosowania dawek leku, w okresie 6 mies. od implantacji systemu.

2. Leczenie apomorfiną

2.1 Kryteria kwalifikacji

Do programu kwalifikowani są pacjenci z chorobą Parkinsona, spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:

1) wiek >18. r.ż.;
2) rozpoznana idiopatyczna postać choroby Parkinsona według pompy, przez gastrostomię (PEG), w dawce ustalonej podczas leczenia w okresie wstępnym.

Dawka dobowa leku zawarta jest z reguły w jednej kasetce o pojemności 100 ml. W rzadkich przypadkach konieczne może być podanie większej dawki leku.

2. Leczenie apomorfiną

Ciągła infuzja podskórna apomorfiny (fiolki 100 mg/20 ml):

1. Dawka początkowa 1 mg/godz.(0,2 ml/godz.). Dawkę początkową zwiększa się w zależności od indywidualnej odpowiedzi pacjenta na leczenie;
2. Zwiększenie szybkości infuzji nie przekracza 0,5 mg/godz. i następuje w odstępach nie mniejszych niż 4 godz.;
3. W programie zwykle stosuje się dawkę od 1 mg/godz. do 4 mg/godz. (od 0,2 ml/godz. do 0,8 ml/godz.);
4. Wlew stosuje się w stanie czuwania pacjenta, nie zaleca się stosowania infuzji 24-godz.;
5. Miejsce wkłucia infuzji zmienia się co 12 godz. w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia reakcji skórnych;
6. Maksymalna dobowa dawka apomorfiny nie powinna przekraczać 100 mg.

5) ocena PEG przez chirurga / gastroenterologa, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
6) korekta dotychczasowego leczenia: odstawienie lub dodanie innych leków lub korekta dawki Duodopy, doraźnie w miarę potrzeby;
7) radiologiczna ocena położenia cewnika w jelicie we wstępnym okresie leczenia oraz po założeniu PEG.

2. Leczenie apomorfiną

2.1 Badania przy kwalifikacji

1) ocena stanu pacjenta w skali:
   a) UPDRS część III-IV - ocena zaburzeń ruchowych i zaburzeń okresu późnego;
   b) Becka - ocena nastroju;
2) Ocena funkcji poznawczych (stopień otępienia) w ocenie psychologa;
3) w ramach kwalifikacji pacjenta do udziału w programie konieczne jest wykonanie następujących badań:
   a) morfologia krwi z rozmazem;
   b) aminotransferaza asparaginowa AspAT;
   c) aminotransferaza alaninowa AIAT**;**
   d) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;
   e) badanie mające na celu wykluczenie ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;
   f) badanie EKG;
   g) badanie CRP.

2.2 Monitorowanie leczenia apomorfiną:

1) monitorowanie leczenia obejmuje ocenę stanu pacjenta w skali ruchowej (Część III) UPDRS **(***United Parkinson's Disease Rating Scale).* Pierwsza ocena efektywności leczenia apomorfiną następuje po 3 miesiącach od

przyjętych kryteriów (*United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank Criteria),* 3) zaawansowana choroba Parkinsona - stadium ≥3 według skali Hoehn i Yahr, z fluktuacjami ruchowymi, które utrzymują się mimo stosowania optymalnego leczenia farmakologicznego (stany *off* łącznie ≥połowy czasu aktywności dobowej pacjenta) za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona; 4) czas trwania choroby co najmniej 5 lat od początku objawów; 5) brak przeciwwskazań do stosowania apomorfiny, wynikających z: a) istotnych klinicznie zaburzeń psychotycznych stwierdzonych w wywiadzie; b) istotnych klinicznie objawów hipotonii ortostatycznej; c) istotnych klinicznie zaburzeń rytmu serca; 6) obecność przeciwwskazań do wszczepienia stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu; 7) uzyskanie pisemnej zgody na leczenie; 8) współpraca pacjenta lub jego opiekuna w trakcie terapii. **2.2 Określenie czasu leczenia w programie:** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Nie ma zaleceń dotyczących maksymalnego okresu leczenia, jednak ze względu na przewlekły charakter choroby, leczenie może trwać kilka lat. **2.3 Kryteria wyłączenia** 1) brak zgody chorego; 2) ciężka depresja; 3) brak współpracy pacjenta lub opiekuna; 4) 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) skrócenia łącznego okresu stanów *off* o co najmniej 50%;	W czasie prowadzenia leczenia apomorfiną modyfikuje się, stosownie do potrzeb, dawki leków doustnych. 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.	włączenia pacjenta do programu. Terapię uznaje się za skuteczną, gdy po 3 miesiącach leczenia osiągnięte są łącznie następujące parametry: a) uzyskanie 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) skrócenie łącznego okresu stanów *off* o co najmniej 50%. W trakcie kontynuacji leczenia, po osiągnięciu parametrów określonych w ust. 2 pkt 1. lit a i b, konieczne jest utrzymanie poziomu parametrów zgodnego z definicją odpowiedzi na leczenie, 2) monitorowanie obejmuje również wykonanie po 30 dniach od pierwszego podania apomorfiny następujących badań: a) morfologia krwi z rozmazem; b) badanie ogólne moczu; c) odczyn Biernackiego OB; d) aminotransferaza asparaginowa AspAT; e) aminotransferaza alaninowa AIAT; f) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy; g) poziom bilirubiny; h) badanie EKG. 4) ocena poprawy stanu pacjenta w skali ruchowej (Część III) UPDRS odbywa się nie rzadziej niż co 3 miesiące. 5) kontrola stanu pacjenta co miesiąc w ciągu pierwszych 3 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące; 6) po ustaleniu sposobu dawkowania powtarza się co 12 miesięcy badania: a) morfologia krwi z rozmazem; b) aminotransferaza asparaginowa AspAT c) aminotransferaza alaninowa AIAT;

5) pogorszenie w trakcie kontynuacji leczenia osiągniętego poziomu sprawności określonej w definicji odpowiedzi na leczenie; 6) wystąpienie nadwrażliwości na chlorowodorek apomorfiny lub substancje pomocnicze; 7) chorzy, u których występuje odpowiedź *on* na lewodopę zakłócona ciężkimi dyskinezami lub dystonią; 8) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych; 9) rezygnacja pacjenta. **2.4 Przeciwwskazania do włączenia 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 psychotyczne; 7) klinicznie istotna hipotonia ortostatyczna; 8) niestabilne, klinicznie istotne choroby: a) sercowo-naczyniowe; b) wątroby; c) nerek; d) hematologiczne; 9) ciąża i karmienie piersią		d) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy; e) badanie EKG f) badanie CRP. 7) Monitorowanie obejmuje również konsultacje neuropsychologiczne w celu oceny wpływu terapii na funkcje poznawcze, przeprowadzane po roku terapii, a następnie z częstością 1/rok – decyzję o zasadności ich 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.

Załącznik B.91.

LECZENIE RYTUKSYMABEM CIĘŻKIEJ PĘCHERZYCY OPORNEJ NA IMMUNOSUPRESJĘ (ICD-10 L 10)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: 1) Do programu mogą być zakwalifikowani pacjenci w wieku 18 lat i powyżej z ciężką pęcherzycą oporną na leczenie immunosupresyjne: a) grupa I (tzw. corticosteroid-refractory PV) – chorzy z nowo wykrytą pęcherzycą, którzy nie odpowiedzieli (tj. zmiany nie uległy wygojeniu) w ciągu 12 tygodni na leczenie prednizonem w dawce 1,5 mg/kg m.c. w połączeniu z lekiem immunosupresyjnym (np. azatiopryną); b) grupa II (tzw. corticosteroid-dependent PV) – chorzy z nawrotową pęcherzycą, kiedy do nawrotów dochodzi podczas planowanego zmniejszania dawek leków immunosupresyjnych, przy czym dawka prednizonu, przy której dochodzi do nawrotu, nie jest mniejsza niż 20 mg/dobę; c) grupa III – nowo wykryta pęcherzyca u chorych z przeciwwskazaniem do terapii ogólnej kortykosteroidami (np. wysoka, oporna na leczenie cukrzyca, wysokie nadciśnienie tętnicze, zaawansowany wiek i zły stan ogólny), którzy kwalifikują się do leczenia rytuksymabem w monoterapii; d) grupa IV – pęcherzyca paraneoplastyczna. 2) Zgłoszenia chorego do programu dokonuje lekarz dermatolog prowadzący pacjenta, który posiada odpowiednią dokumentację dotychczasowego leczenia.	**1. Dawkowanie:** 2 g rytuksymabu dożylnie należy podać w dwóch dawkach podzielonych w odstępie 2 tygodni. W przypadku nawrotu pęcherzycy należy podać jednorazowo 500 mg rytuksymabu dożylnie.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) bezpośrednie badanie IF skóry; 2) badanie poziomu przeciwciał (immunofluorescencja i ELISA); 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) badanie ogólne moczu; 5) odczyn Biernackiego (OB); 6) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 7) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 8) stężenie kreatyniny w surowicy; 9) stężenie mocznika w surowicy; 10) stężenie fosfatazy alkalicznej w surowicy; 11) proteinogram; 12) poziom albumin; 13) krzywa cukrowa; 14) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 15) konsultacje lekarskie w kierunku ognisk „siejących” (laryngologiczna, stomatologiczna, ginekologiczna); 16) wykluczenie ciąży (test ciążowy) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym; 17) badanie HIV, HCV, HBS, TBC; 18) USG jamy brzusznej. **2. Monitorowanie leczenia:**

Pacjent jest następnie kwalifikowany do programu przez Krajowy Zespół Ekspertów ds. Dermatologii przy Konsultancie Krajowym w dziedzinie dermatologii i wenerologii. **2. Kryteria ponownego włączenia do programu:** Pacjent, u którego uzyskano remisję pęcherzycy lub znaczącą poprawę przez okres minimum roku i u którego stwierdzono kliniczny i immunologiczny nawrót choroby, jest włączany do leczenia w ramach programu bez wstępnej kwalifikacji. Pacjent zostanie poddany leczeniu rytuksymabem w jednorazowej dawce 500 mg. **3. Kryteria stanowiące przeciwskazania do udziału w programie:** 1) wiek poniżej 18 lat; 2) ciąża; 3) okres karmienia piersią; 4) nadwrażliwość na substancję czynną lub pomocniczą; 5) infekcja HIV; 6) niekontrolowane infekcje; 7) aktywne WZW typu C; 8) ciężka niewydolność krążenia. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) reakcja alergiczna na lek; 2) zakażenie o ciężkim przebiegu; 3) ciąża; 4) zaburzenia hematologiczne.		1) w celu oceny skuteczności leczenia należy wykonywać ocenę objawów chorobowych; 2) przy każdej wizycie w przypadku kobiet w wieku rozrodczym należy wykluczyć ciążę (test ciążowy); 3) co każde 3 miesiące od podania rytuksymabu należy wykonać badanie poziomu przeciwciał (immunofluorescencja lub ELISA); 4) co 1 miesiąc od podania rytuksymabu należy wykonać następujące badania: a) morfologia krwi z rozmazem; b) odczyn Biernackiego (OB.); c) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); d) aminotransferaza alaninowa (AlAT); e) stężenie bilirubiny w surowicy; f) stężenie kreatyniny w surowicy; g) stężenie mocznika w surowicy; h) krzywa cukrowa; i) badanie ogólne moczu. Powyższe badania należy powtarzać w odstępach miesięcznych w pierwszych trzech miesiącach leczenia, następnie, jeżeli stan pacjenta nie budzi zastrzeżeń, badania mogą być wykonywane 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 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.92.

IBRUTYNIB W LECZENIU CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ (ICD 10: C91.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Chorzy z rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają łącznie poniższe kryteria: 1) obecność delecji 17p i/lub mutacji w genie TP53; 2) stan sprawności według WHO 0 – 2; 3) wiek powyżej 18 r.ż. **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-Pough; 3) niewydolność serca stopień III i IV wg	Zalecana dawka ibrutynibu w PBL – 420mg (3 kapsułki) podawane 1 x na dobę. Zmiana dawkowania leku powinna być prowadzona zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przed włączeniem leczenia** 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) badanie w kierunku delecji 17p i/lub mutacji w genie TP53; 3) badania biochemiczne (AST, ALT); 4) badania niezbędne do oceny stopnia niewydolności wątroby wg skali Child-Pugh; 5) EKG. **2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia** **Badania przeprowadzane 1 x w miesiącu:** - morfologia krwi ze wzorem odsetkowym. **Badania przeprowadzane co 3 miesiące:** - badania biochemiczne (aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej); - 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. Okresowe monitorowanie stężenia kreatyniny we krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

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; 3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.		Okresowe badania w celu wykrycia migotania przedsionków – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. **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.

Załącznik B.93.

PIKSANTRON W LECZENIU CHŁONIAKÓW ZŁOŚLIWYCH (ICD-10 C83, C85)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) potwierdzony histologicznie agresywny chłoniak nieziarniczy z limfocytów B (ICD-10 C83, C85); 2) wiek ≥ 18 rok życia; 3) stan sprawności według WHO 0-2; 4) udokumentowane niepowodzenie 2-giej lub 3-ciej linii chemioterapii (lek może być zastosowany tylko w 3 lub 4 linii leczenia); 5) LVEF ≥ 45% - ocena metodą ECHO; 6) prawidłowe funkcjonowanie szpiku kostnego i narządów wewnętrznych; 7) wcześniejsza trwała odpowiedź (CR lub PR trwająca co najmniej 6 miesięcy) na antracykliny lub antracenediony; 8) brak przeciwskazań do konsolidacji leczenia z wykorzystaniem procedury przeszczepienia komórek macierzystych, w razie uzyskania odpowiedzi na leczenie. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie piksantronem kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli z zastrzeżeniem pkt. 4 (poniżej). **3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo** 1) nadwrażliwość na piksantron lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka piksantronu wynosi 50 mg/m^2 pow. ciała w postaci infuzji dożylnej podawanej w 1., 8. oraz 15. dniu każdego 28-dniowego cyklu – przez nie więcej niż 6 cykli. 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. **2. Modyfikacja dawki** 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.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie bilirubiny całkowitej; 3) stężenie kreatyniny; 4) badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne) mające na celu udokumentowanie podpunktu 4 kryteriów kwalifikacji; 5) EKG; 6) ocena LVEF wykonana metodą ECHO. **2. Monitorowanie leczenia** Badania wykonywane: 1) przed każdym podaniem leku: – morfologia krwi z rozmazem, – stężenie kreatyniny, – stężenie bilirubiny; 2) co drugi cykl leczenia: – ECHO serca z oceną EF oraz EKG (przed podaniem leku w pierwszym dniu 28-dniowego cyklu); 3) w razie podejrzenia progresji choroby: - 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

2) bezwzględna liczba neutrofilów <1,0x10^9/l lub liczba płytek krwi <75x10^9/l; o ile nie wynika to z nacieczenia szpiku w przebiegu chłoniaka; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) całkowity poziom bilirubiny ≥1,5 x GGN, kreatyniny ≥1,5 x GGN, AspAT oraz ALAT ≥2 x GGN (w przypadku zajęcia wątroby ≥5 x 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) utrzymująca się powyżej 28 dni, toksyczność spowodowana lekiem, 3. lub 4. stopnia (inna niż kardiotoksyczność, nudności i wymioty) nie ustępująca pomimo odroczenia leczenia o 28 dni; 5) kardiotoksyczność 3. lub 4. stopnia wg NYHA lub utrzymujący się spadek LVEF ≥ 15% w stosunku do stanu wyjściowego nie ustępujące pomimo odroczenia leczenia o 28 dni; 6) ciąża.		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.

Załącznik B.94.

ZAPOBIEGANIE KRWAWIENIOM U DZIECI Z HEMOFILIĄ A I B (ICD-10 D 66, D 67)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
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. **1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień** **1. 1.** Pierwotna profilaktyka krwawień u dzieci od 1 dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18 roku życia, z ciężką postacią hemofilii A, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII równym lub poniżej 1% poziomu normalnego. Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty osoczopochodnych (ludzkich) czynników krzepnięcia czynnika VIII oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII pierwszej generacji. **1.2.** Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych dzieci z ciężką postacią hemofilii A, wcześniej nie leczonych czynnikami osoczopochodnymi (ludzkimi). Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentrat rekombinowanego	**1. Pierwotna profilaktyka krwawień:** 1) czynnik VIII: a) dzieci do ukończenia 2 roku życia – 25- 40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 1-3 razy w tygodniu, b) dzieci powyżej 2 roku życia – 25-40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 2- 3 razy w tygodniu, z zastrzeżeniem, że podawanie 2 razy w tygodniu dotyczy dzieci dotychczas leczonych 2 razy w tygodniu z dobrym efektem; 2) koncentrat rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII o przedłużonym działaniu: a) wszystkie grupy wiekowe dzieci – 25- 65 jednostek międzynarodowych/kg m.c., co 3-5 dni. **2. Wtórna profilaktyka krwawień:** 1) czynnik VIII: a) dzieci do ukończenia 2 roku życia – 25- 40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 2-3 razy w tygodniu, b) dzieci powyżej 2 roku życia – 25-40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 3 razy w tygodniu; 2) koncentrat rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII o przedłużonym działaniu: a) wszystkie grupy wiekowe dzieci – 25- 65 jednostek międzynarodowych/kg m.c., co 3-5 dni.	**1.** W ramach kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w programie, na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii, wykonuje się następujące badania: 1) badania przesiewowe: a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT), b) czas protrombinowy (PT), c) czas trombinowy (TT); 2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym; 3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII; 4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAg); 5) ocena miana inhibitora czynnika VIII u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen); 6) wykonanie badań wirusologicznych: HBsAg i antyHCV, a w przypadku dodatniego wyniku – odpowiednio HBV PCR i/lub HCV PCR; 7) morfologia krwi. 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 leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B.

czynnika krzepnięcia VIII o przedłużonym działaniu. **1.3.** Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia czynnika VIII dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego: 1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – czynniki osoczopochodne (ludzkie), oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII pierwszej generacji; 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – czynnik rekombinowany o przedłużonym działaniu. **2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień** **2.1.** Wtórna profilaktyka krwawień jest prowadzona u dzieci od 1 dnia życia do ukończenia 18 roku życia, chorych na hemofilię A, po wystąpieniu wylewów do stawów. 1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – czynniki osoczopochodne (ludzkie), oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII pierwszej generacji; 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – czynnik rekombinowany o przedłużonym działaniu. **2.2.** Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego. 1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – czynniki osoczopochodne (ludzkie), oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII pierwszej generacji; 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – czynnik rekombinowany o przedłużonym działaniu. **3. Objęcie programem wywoływania tolerancji immunologicznej wszystkich pacjentów z hemofilią**	**3. U dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego**, zapewnienie odpowiednio czynnika VIII lub rekombinowanego czynnika VIII o przedłużonym działaniu do zabiegu, według schematu: 1) pierwsza doba: 40 do 70 jednostek międzynarodowych/kg m.c., co 12 godzin; 2) od drugiej do piątej doby: 30 do 50 jednostek międzynarodowych/ kg m.c., co 18-24 godzin; 3) szósta doba jednorazowo: 30 do 50 jednostek międzynarodowych/kg m.c.; 4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 jednostek międzynarodowych/kg m.c. 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.	Regionalne centra leczenia hemofilii są zobligowane do zapewnienia do nich dostępu. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** Ocena skuteczności leczenia W zależności od oceny klinicznej należy wykonać: 1) RTG stawów - nie częściej niż raz w roku; 2) USG stawów - nie rzadziej niż raz w roku; 3) NMR - w razie trudności diagnostycznych w ocenie stawów. **2.2.** W ramach monitorowania leczenia obowiązkowe jest prowadzenie rejestru krwawień dla danego pacjenta oraz rejestracja danych wymaganych w programie do prowadzenia rejestru dla każdego pacjenta. Badania w monitorowaniu leczenia: 1) aminotransferaza alaninowa (AlAT) co najmniej raz w roku; 2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT) co najmniej raz w roku; 3) obecność przeciwciał anty-HBs; 4) obecność antygenu HBs (w przypadku braku miana zabezpieczającego przeciwciał anty-HBS), u dodatnich przeciwciała anty-HBc i anty HBe, DNA HBV; 5) przeciwciała anty-HCV (raz w roku), u dodatnich RNA HCV; 6) przeciwciała anty-HIV (w uzasadnionych przypadkach), u dodatnich RNA HIV; 7) USG naczyń w okolicy dojścia żylnego, nie rzadziej niż raz w roku; 8) badanie ogólne moczu. **2.3.** Na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub

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. 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 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; 2) pacjenci uprzednio zakwalifikowani do programu, jednak stwierdzenie obecności inhibitora dotyczy okresu prowadzonej profilaktyki, która miała miejsce po dniu 15 stycznia 2010 r. **4. Kryteria wyłączenia** 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). **5. Kryteria zakończenia udziału w programie lub module programu** (dotyczy przyczyn, z powodu których udział pacjenta - uprzednio zakwalifikowanego - w		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 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). **2.4.** Oznaczanie inhibitora: 1) do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdych 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 oznaczania inhibitora na podstawie decyzji lekarza regionalnego centrum leczenia hemofilii). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów

przedmiotowym programie musi zostać zakończony): 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; 2) ukończenie 18 roku życia. **6. Określenie czasu leczenia w programie** 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.		Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnienie przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący 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.

Załącznik B.95.

LECZENIE ATYPOWEGO ZESPOŁU HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWEGO (aHUS) (ICD-10 D 59.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**Schemat dawkowania**	**Badania diagnostyczne wykonywane w ramach programu**
1. Kryteria włączenia 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 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. Do leczenia ekulizumabem kwalifikowani są pacjenci z atypowem zespołem hemolityczno-mocznicowym: 1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej: a) trombocytopenia oraz hemoliza: liczba płytek <150 x 10^9/L lub ≥ 25% spadek w stosunku do stanu wyjściowego i podwyższone stężenie LDH lub rozpad krwinek czerwonych (obecność schistocytów) lub niskie stężenie haptoglobiny lub anemia hemolityczna lub b) biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową	**1. Dawkowanie** Dawkowanie preparatu ekulizumab zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) aktywność ADAMTS13; 2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna); 3) wykonanie badani potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym); 4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH); 5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) Test Coombsa; 8) aminotransferaza asparaginowa (AspAT); 9) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 10) bilirubina całkowita; 11) bilirubina frakcje; 12) fosfataza alkaliczna; 13) badanie ogólne moczu; 14) stężenie kreatyniny; 15) stężenie mocznika; 16) stężenie kwasu moczowego; 17) w przypadku występowania u pacjentów: a) objawów neurologicznych - rezonans magnetyczny z angiografią lub - tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego;

oraz c) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów: – zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy >górna granica normy dla wieku lub hemodializa lub proteinuria lub albuminuria lub – powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak: powikłania sercowo-naczyniowe, neurologiczne, 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; 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 menigokokom - profilaktyka antybiotykowa.		b) objawów ze strony układu pokarmowego - amylaza, - lipaza, - usg jamy brzusznej; c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego: - troponina T lub troponina I, lub - EKG lub - echo serca lub - cewnikowanie serca; 18) przeciwciała przeciw czynnikowi H (anty CFH) – leczenie można wdrożyć w trakcie oczekiwania na wynik badania; 19) oznaczenie stężenia białek układu dopełniacza w surowicy i najczęstrzych mutacji genetycznych - leczenie można wdrożyć w trakcie oczekiwania na wynik badania. **2. Monitorowanie leczenia** 1) W czasie leczenia początkowego (tj. przez pierwsze 4 tygodnie) monitorowanie leczenia obejmuje wkonywanie raz w tygodniu badań wyszczególnionych jako pozycje 4 - 17 w części badania przy kwalifikacji. Badanie wyszczególnione jako pozycja 18 – do decyzji lekarza prowadzącego. 2) Począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się co 2 tygodnie. 3) Po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się raz w miesiącu. 4) Po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się raz na 3 miesiące. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

2. Określenie czasu leczenia w programie 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 2) Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia ekulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. 3) Chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego będą włączani do programu bez konieczności ponownej kwalifikacji. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne; 2) karmienie piersią; 3) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 4) nadwrażliwość na ekulizumab, białka mysie lub substancje pomocnicze; 5) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich; 6) wycofanie przez pacjenta zgody na leczenie.		przedstawianie na żądanie kontrolera 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.

Załącznik B.96.

LECZENIE NOCNEJ NAPADOWEJ HEMOGLOBINURII (PNH) (ICD-10 D59.5)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji

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 Nocnej Napadowej Hemoglobinurii, 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 Nocnej Napadowej Hemoglobinurii, 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.

Zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu NNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:
1) objawy hemolizy związane z NNH oraz (łącznie):
a) aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥1,5 przekraczająca górną granicę normy (GGN)
b) co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:
– niewydolność nerek,
– nadciśnienie płucne,
– znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność;
2) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:</td>
<td>1. Dawkowanie

Zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji:

1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH;
2) wykluczenie ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;
3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);
6) czas protrombinowy (PT);
7) fibrynogen;
8) odczyn Coombsa;
9) oznaczenie grupy krwi;
10) stężenie kreatyniny w surowicy;
11) stężenie mocznika w surowicy;
12) aminotransferaza asparaginowa (AspAT);
13) aminotransferaza alaninowa (AlAT);
14) bilirubina całkowita i bezpośrednia;
15) stężenie haptoglobiny (Hp);
16) stężenie Na+;
17) stężenie K+;
18) badanie ogólne moczu;
19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu;
20) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żylnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub</td>
</tr>
</table>

a) zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich, b) zator tętnicy płucnej, c) zdarzenia mózgowo-naczyniowe, d) amputacja, e) zawał mięśnia sercowego, f) napad przemijającego niedokrwienia, g) niestabilna dławica piersiowa, h) zakrzepica żyły nerkowej, i) zakrzepica żył krezkowych, j) zakrzepica żyły wrotnej, k) zgorzel, l) ostre zamknięcia naczyń obwodowych; 3) 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 ekulizumabem; 4) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 2) Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia ekulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. 3) Chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej		tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI). **2. Monitorowanie leczenia** 1) Co tydzień przez pierwsze 5 tygodni: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) kreatynina, d) mocznik, e) aminotransferaza asparaginowa (AspAT), f) aminotransferaza alaninowa (AlAT), g) bilirubina całkowita. 2) Po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem. 3) Po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) kreatynina, b) mocznik, c) aminotransferaza asparaginowa (AspAT), d) aminotransferaza alaninowa (AlAT), e) bilirubina całkowita. 4) Badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania; b) co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego ekulizumab należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.

Hemoglobinurii będą włączani do programu bez konieczności ponownej kwalifikacji. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne; 2) karmienie piersią; 3) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 4) nadwrażliwość na ekulizumab, białka mysie lub substancje pomocnicze; 5) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich; 6) wycofanie przez pacjenta zgody na leczenie.		**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.

Załącznik B.97.

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10 D69.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji: 1) wiek: 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP); 3) niedostateczna odpowiedź na leczenie farmakologiczne np. kortykosteroidy, dożylne immunoglobuliny; 4) nieskuteczność splenektomii objawiająca się liczbą płytek poniżej 30 000/µl i objawami skazy krwotocznej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Dodatkowo, w celu kontynuacji terapii do programu lekowego mogą zostać zakwalifikowani pacjenci leczeni w ramach programu lekowego „Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w ust. 3.	**1. Dawkowanie eltrombopagu:** 1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi 50 mg raz na dobę; 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 Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, fosfataza alkaliczna); 3) badania umożliwiające wykluczenie innych stanów klinicznych przebiegających z małopłytkowością; 4) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja – w przypadku chorych w wieku powyżej 60 lat, z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami; 5) badanie okulistyczne; 6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia:** 1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek (≥ 50 000/µl przez co najmniej 4 tygodnie): a) wykonywane co 1 tydzień: - morfologia krwi z rozmazem, b) wykonywane co 2 tygodnie: - parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, fosfataza alkaliczna),

3. Kryteria wyłączenia z programu: 1) nadwrażliwość na eltrombopag lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh ≥ 5; 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 ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 4) ciąża; 5) karmienie piersią; 6) brak odpowiedzi na leczenie eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary).		2) badania przeprowadzane po uzyskaniu stabilnej liczby płytek: a) wykonywane co 1 miesiąc: - morfologia krwi z rozmazem, - parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, fosfataza alkaliczna); 3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii: a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie; 4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia: a) wykonywane dwa razy w tygodniu przez 4 tygodnie: - morfologia krwi z rozmazem; 5) badanie wykonywane co 3 miesiące: a) okresowa kontrola okulistyczna. **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 pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (SMPT - ITP), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia. Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić

		w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

Załącznik B.98.

LECZENIE PEDIATRYCZNYCH CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10 D69.3)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW
W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE
W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji:
1) wiek: od 1 do 18 roku życia;
2) rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy), pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP);
3) niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze standardowe leczenie farmakologiczne ITP z zastosowaniem dożylnych immunoglobulin i kortykosteroidów.
Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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.

2. Określenie czasu leczenia w programie:

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w ust. 3.

3. Kryteria wyłączenia pacjenta z programu:</td>
<td>1. Dawkowanie:
1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi:
– 50 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 6-17 lat,
– 25 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 1-5 lat oraz dla pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego;
2) maksymalna dawka dobowa wynosi 75 mg;
3) dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.
Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek ≥ $50x10^9$/l.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem:
1) morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek;
2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, fosfataza alkaliczna);
3) badanie okulistyczne;
4) trepanobiopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie;
5) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy.

2. Monitorowanie leczenia:
1) badanie przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie występowania braku odpowiedzi:
a) wykonywane co 1 tydzień:
– morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek,
b) wykonywane co 2 tygodnie:
– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, fosfataza alkaliczna);
2) badania przeprowadzane od 4. tygodnia leczenia u odpowiadających pacjentów:
a) wykonywane co 1 miesiąc:</td>
</tr>
</table>

1) nadwrażliwość na eltrombopag lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh ≥ 5; 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 ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 4) ciąża; 5) karmienie piersią; 6) brak odpowiedzi na leczenie eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary).		– morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek, b) wykonywane co 3 miesiące: – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, fosfataza alkaliczna); 3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii: a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie; 4) badanie wykonywane co 6 miesięcy: a) okresowa kontrola okulistyczna; 5) w przypadku przerwania leczenia z powodu wzrostu liczby płytek krwi powyżej $250x10^9$/l, należy kontrolować liczbę płytek krwi 2 razy w tygodniu, aż do osiągnięcia wartość mniejszej lub równej $100x10^9$/l. **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 pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (SMPT - ITP), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia. Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

Załącznik B.99.

LECZENIE AKROMEGALII PASYREOTYDEM (ICD-10 E22.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW w PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE w RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1.1. dorośli chorzy, wiek co najmniej 18 lat; 1.2. akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych; 1.3. pacjenci, u których leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki) 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 którzy nie osiągnęli biochemicznej kontroli akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni; 1.4. pacjenci, którzy nie są kandydatami do ponownego leczenia operacyjnego (ponowna operacja w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne nie jest możliwe); 1.5. 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	**1. Dawkowanie** Zalecana początkowa dawka pasyreotydu wynosi 40 mg podawana w iniekcjach domięśniowych co 28 dni. W przypadku braku kontroli biochemicznej akromegalii (utrzymywanie się stężenia GH ≥2,5 µg/l i/lub IGF-1 powyżej normy dla płci i wieku) 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. **2. Sposób podawania** Pasyreotyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym wykonywanym przez fachowy personel medyczny. W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku między prawym i lewym mięśniem pośladkowym.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem** 1) 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); 2) ocena hormonalna: stężenie hormonu wzrostu; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy; 3) rezonans magnetyczny układu podwzgórzowo-przysadkowego z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację do leczenia pasyreotydem; 4) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm); 5) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR;

tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni;

1.6. kwalifikacja do leczenia pasyreotydem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4 łącznie lub 1, 2, 5 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:

3.1. pacjenci, którzy są kandydatami do pierwszorazowego lub kolejnego leczenia operacyjnego;

3.2. ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;

3.3. cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 3.1. *Schematu dawkowania*;

3.4. objawowa kamica żółciowa;

3.5. ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Child–Pugha);

3.6. żółtaczka lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN;

3.7. pacjenci z niewyrównaną niedoczynnością kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);

3. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania

3.1. 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.

3.2. 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 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

6) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;

7) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);

8) 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

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 układu podwzgórzowo-przysadkowego. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie to należy wykonywać co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji dołączenia się nowych ubytków w polu widzenia;

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 tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4

3.8. okres ciąży lub karmienia piersią; 3.9. nadwrażliwość na pasyreotyd lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 3.10. brak odpowiedzi na leczenie, 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 przeprowadzanym przy kwalifikacji do programu - po co najmniej 6-cio miesięcznym okresie podawania pasyreotydu w najwyższej tolerowanej dawce; 3.11. rezygnacja pacjenta.	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. 3.3. 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.	tygodniach od zakończenia leczenia, a stężenie HbA1c – po 3 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 pasyreotydem; 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 makrogruczolaków przysadki nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia; 10) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy. **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.100.

LECZENIE OPORNEJ I NAWROTOWEJ POSTACI KLASYCZNEGO CHŁONIAKA HODGKINA Z ZASTOSOWANIEM NIWOLUMABU (ICD-10 C 81)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU
W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE
W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji:
1) nawrotowy lub oporny na leczenie klasyczny chłoniak Hodgkina potwierdzony badaniem histopatologicznym
a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ASCT) i
b) po leczeniu brentuksymabem vedotin;
2) wiek 18 lat i powyżej;
3) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;
4) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek;
5) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne.</td>
<td>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia
1) badanie przedmiotowe;
2) ocena sprawności w skali ECOG;
3) pomiar masy ciała;
4) badania laboratoryjne:
a) morfologia krwi,
b) oznaczenia stężenia kreatyniny,
c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej
d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,
e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,
f) oznaczenie poziomu TSH,
g) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;
5) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia
1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;
2) morfologia krwi;</td>
</tr>
</table>

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 Toxity 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 umożliwiajace ocenę odpowiedzi na leczenie za pomocą KT lub PET wykonane po 3 miesiącach leczenia albo wczesniej 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.

Załącznik B.101.

LECZENIE HIPERCHOLESTEROLEMII RODZINNEJ (ICD-10 E78.01)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>
1. Kryteria kwalifikacji:
Łączne spełnienie następujących warunków:
1) Wiek 18 lat i powyżej,
2) Pewna diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. > 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network
3) Spełnienie kryteriów kwalifikacji do leczenia LDL aferezą,
a w przypadku pacjentów już leczonych, spełnianie tych kryteriów w chwili rozpoczęcia leczenia LDL aferezą
4) Kryteria kwalifikacji do LDL aferezy: LDL-C > 160 mg/dl (4,1 mmol/dl) pomimo stosowania diety i:
a. intensywnego leczenia statynami w maksymalnych dawkach tj.: atorwastatyna 80mg lub rosuwastatyna 40mg, a następnie atorwastatyną 40-80mg lub rosuwastatyną 20-40mg w skojarzeniu z ezetymibem 10mg; stosowanego łącznie przez 6 miesięcy, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc
lub
b. intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetymibem 10mg; stosowanego przez łącznie 6 miesięcy, w tym
</td>
<td>
1. Dawkowanie
Zalecane dawkowanie alirokumabu to: 150 mg alirokumabu podawane podskórnie co 2 tygodnie, w skojarzeniu ze statyną stosowaną razem z ezetymibem

.
</td>
<td>
1. Wykaz badań przy kwalifikacji
1) Lipidogram,
2) ALT
3) CK
4) Stężenie kreatyniny,

2. Monitorowanie leczenia
1) Po 3 miesiącach, a następnie co 12 miesięcy:
a. Lipidogram;
2) Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia na każdej wizycie

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.
</td>
</tr>
</table>

leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc **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: • przed rozpoczęciem procedury LDL aferezy , w przypadku pacjentów, u których była ona stosowana w chwili włączenia do programu lekowego • w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów, którzy nie byli wcześniej leczeni LDL aferezą **4. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) Hiperlipidemia wtórna, 2) Homozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej, 3) Ciężka niewydolność nerek 4) Ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg skali Childa-Pugha) 5) Ciąża, 6) Karmienie piersią, 7) Nadwrażliwość na alirokumab lub którąkolwiek z substancji pomocniczych;		

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	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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	5909990648818	2016-07-01	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	5909990648825	2016-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	126,36	132,68	132,68	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
3	Acidum zoledronicum	Desinobon, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	5909991009250	2018-07-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	97,20	102,06	96,39	C.68.	bezpłatny	0 zł
4	Acidum zoledronicum	Fayton, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	5909991078577	2018-07-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	91,80	96,39	96,39	C.68.	bezpłatny	0 zł
5	Acidum zoledronicum	Fayton, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	5909991016197	2018-07-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	91,80	96,39	96,39	C.68.	bezpłatny	0 zł
6	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	5909991228392	2018-05-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	91,80	96,39	96,39	C.68.	bezpłatny	0 zł
7	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.	5055565711958	2017-01-01	2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	88,56	92,99	92,99	C.68.	bezpłatny	0 zł
8	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Claris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	5 fiol.po 5 ml	5909991236533	2017-03-01	2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	421,20	442,26	442,26	C.68.	bezpłatny	0 zł
9	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	5909990948994	2018-07-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	95,04	99,79	96,39	C.68.	bezpłatny	0 zł
10	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	5909991359850	2018-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	810,00	850,50	850,50	C.72.	bezpłatny	0 zł
11	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kapsułki twarde, 1 mg	100 szt.	5909991359867	2018-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1620,00	1701,00	1701,00	C.72.	bezpłatny	0 zł
12	Anagrelidum	Anagrelide Glenmark, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	5902020241652	2018-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	766,80	805,14	805,14	C.72.	bezpłatny	0 zł
13	Anagrelidum	Anagrelide Sandoz, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	5907626708394	2018-07-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	864,00	907,20	907,20	C.72.	bezpłatny	0 zł
14	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	5909991354480	2018-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1015,20	1065,96	1054,62	C.72.	bezpłatny	0 zł
15	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kapsułki twarde, 1 mg	100 kaps.	5909991354503	2018-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	2030,40	2131,92	2109,24	C.72.	bezpłatny	0 zł
16	Anagrelidum	Atremia, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	5909991357313	2018-09-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	837,00	878,85	878,85	C.72.	bezpłatny	0 zł
17	Anagrelidum	Atremia, kapsułki twarde, 1 mg	100 szt.	5909991357320	2018-09-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1674,00	1757,70	1757,70	C.72.	bezpłatny	0 zł
18	Anagrelidum	Grenalvon, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	5909991354053	2018-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1004,40	1054,62	1054,62	C.72.	bezpłatny	0 zł
19	Anagrelidum	Grenalvon, kapsułki twarde, 1 mg	100 kaps.	5909991354077	2018-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	2008,80	2109,24	2109,24	C.72.	bezpłatny	0 zł
20	Anagrelidum	Thromboreductin, kaps., 0,5 mg	100 szt.	5909990670154	2016-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1382,40	1451,52	1054,62	C.72.	bezpłatny	0 zł
21	Aprepitantum	Emend, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg 0	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	5909990007387	2017-05-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	199,80	209,79	209,79	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
22	Arsenicum trioxidum	Trisenox, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	10 amp.po 10 ml	5909990016433	<1>2017-03-01/<2>2017-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	14850,00	15592,50	15592,50	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.	bezpłatny	0 zł
23	Asparaginasum	Asparaginase 10000 medac, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 10000 j.m.	5 fiol.	5909990945528	2016-01-01	3 lata	1001.0, Asparaginasum	1933,20	2029,86	2029,86	C.1.	bezpłatny	0 zł
24	Asparaginasum	Asparaginase 5000 medac, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 5000 j.m.	5 fiol.	5909990945429	2016-01-01	3 lata	1001.0, Asparaginasum	1393,20	1462,86	1462,86	C.1.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
25	Azacitidinum	Vidaza 25 mg/ml, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol.	5909990682706	2017-11-01	2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	1468,26	1541,67	1541,67	C.69.	bezpłatny	0 zł
26	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	5909991198183	2017-01-01	2 lata	1115.0, Bendamustyna	2592,00	2721,60	2721,60	C.67.	bezpłatny	0 zł
27	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	5909991198145	2017-01-01	2 lata	1115.0, Bendamustyna	648,00	680,40	680,40	C.67.	bezpłatny	0 zł
28	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (100 mg)	5902020241508	2018-05-01	2 lata	1115.0, Bendamustyna	2587,68	2717,06	2717,06	C.67.	bezpłatny	0 zł
29	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (25 mg)	5902020241492	2018-05-01	2 lata	1115.0, Bendamustyna	646,92	679,27	679,27	C.67.	bezpłatny	0 zł
30	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Intas, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	5909991202415	2017-09-01	2 lata	1115.0, Bendamustyna	1620,00	1701,00	1701,00	C.67.	bezpłatny	0 zł
31	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Intas, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	5909991202439	2017-09-01	2 lata	1115.0, Bendamustyna	405,00	425,25	425,25	C.67.	bezpłatny	0 zł
32	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Kabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	1 fiol. 100 mg	5909991296186	2017-07-01	2 lata	1115.0, Bendamustyna	518,40	544,32	544,32	C.67.	bezpłatny	0 zł
33	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Kabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	1 fiol. 25 mg	5909991296179	2017-07-01	2 lata	1115.0, Bendamustyna	129,60	136,08	136,08	C.67.	bezpłatny	0 zł
34	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine STADA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	5909991242022	2018-07-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1620,00	1701,00	1701,00	C.67.	bezpłatny	0 zł
35	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine STADA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	5909991242039	2018-07-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	405,00	425,25	425,25	C.67.	bezpłatny	0 zł
36	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	5909991267285	2017-01-01	2 lata	1115.0, Bendamustyna	2700,00	2835,00	2721,60	C.67.	bezpłatny	0 zł
37	Bendamustinum hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	5909991267292	2017-01-01	2 lata	1115.0, Bendamustyna	675,00	708,75	680,40	C.67.	bezpłatny	0 zł
38	Bendamustinum hydrochloridum	Levact, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	5909990802234	2017-07-01	2 lata	1115.0, Bendamustyna	4890,24	5134,75	2721,60	C.67.	bezpłatny	0 zł
39	Bendamustinum hydrochloridum	Levact, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	5909990802210	2017-07-01	2 lata	1115.0, Bendamustyna	1222,56	1283,69	680,40	C.67.	bezpłatny	0 zł
40	Bicalutamidum	Bicalutamide Accord, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909990851188	2016-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	18,36	19,28	19,28	C.2.	bezpłatny	0 zł
41	Bicalutamidum	Bicalutamide Accord, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	5909990851256	2016-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	55,08	57,83	57,83	C.2.	bezpłatny	0 zł
42	Bicalutamidum	Bicalutamide Polpharma 50 mg, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990052981	2016-01-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	54,00	56,70	56,70	C.2.	bezpłatny	0 zł
43	Bicalutamidum	Bicalutamide Teva, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990057436	2016-01-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	48,60	51,03	51,03	C.2.	bezpłatny	0 zł
44	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	5909990697427	2016-05-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	172,80	181,44	181,44	C.2.	bezpłatny	0 zł
45	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909990696963	2016-11-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	58,32	61,24	60,48	C.2.	bezpłatny	0 zł
46	Bleomycini sulphas	Bleomedac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15000 IU/fiolkę	1 fiol.po 10 ml	5909990946983	2016-07-01	3 lata	1003.0, Bleomycinum	97,20	102,06	102,06	C.3.	bezpłatny	0 zł
47	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	5055565718339	2018-09-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	1080,00	1134,00	1134,00	C.76.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
48	Bortezomibum	Bortezomib Actavis, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	5909991253950	2016-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	2003,40	2103,57	1134,00	C.76.	bezpłatny	0 zł
49	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	5906414000771	2018-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	324,00	340,20	324,00	C.76.	bezpłatny	0 zł
50	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	5906414000788	2018-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	1134,00	1190,70	1134,00	C.76.	bezpłatny	0 zł
51	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	5902020241461	2018-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	280,80	294,84	294,84	C.76.	bezpłatny	0 zł
52	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	5902020241478	2018-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	982,80	1031,94	1031,94	C.76.	bezpłatny	0 zł
53	Bortezomibum	Bortezomib Zentiva, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	5909991250829	2017-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	572,40	601,02	324,00	C.76.	bezpłatny	0 zł
54	Bortezomibum	Bortezomib Zentiva, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	5909991250812	2017-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	2003,40	2103,57	1134,00	C.76.	bezpłatny	0 zł
55	Bortezomibum	Vortemyel, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	5909991234461	2016-03-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	572,40	601,02	324,00	C.76.	bezpłatny	0 zł
56	Bortezomibum	Vortemyel, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	5909991234478	2016-03-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	2084,40	2188,62	1134,00	C.76.	bezpłatny	0 zł
57	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	100 szt.	5909990277926	2016-07-01	3 lata	1101.0, Busulfanum	1105,92	1161,22	1161,22	C.4.	bezpłatny	0 zł
58	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 10 ml	5907626707564	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	20,52	21,55	21,55	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
59	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 100 ml	5907626707601	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	162,00	170,10	170,10	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
60	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 20 ml	5907626707571	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	35,64	37,42	37,42	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
61	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 35 ml	5907626707588	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	62,37	65,49	65,49	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
62	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	5907626707540	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	10,26	10,77	10,77	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
63	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 50 ml	5907626707595	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	81,00	85,05	85,05	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
64	Calcii folinas	Calciumfolinat-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909990750412	2016-01-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	101,52	106,60	106,60	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
65	Calcii folinas	Calciumfolinat-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 35 ml	5909990042043	2016-01-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	48,60	51,03	51,03	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
66	Calcii folinas	Calciumfolinat-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	5909990042050	2016-01-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	71,28	74,84	74,84	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
67	Calcii folinas	Calciumfolinat-Ebewe, kaps. twarde, 15 mg	20 szt.	5909990356713	2016-11-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	21,60	22,68	22,68	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
68	Calcii folinas	Leucovorin Ca Teva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909991117511	2016-01-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	20,52	21,55	21,55	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
69	Calcii folinas	Leucovorin Ca Teva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909991117597	2016-01-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	162,00	170,10	170,10	C.0.02.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
70	Calcii folinas	Leucovorin Ca Teva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909991117528	2016-01-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	35,64	37,42	37,42	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
71	Calcii folinas	Leucovorin Ca Teva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909991117566	2016-01-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	89,64	94,12	94,12	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
72	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	5055565707531	<1>2016-03-01/<2>2018-09-01/<3>2018-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	81,00	85,05	79,27	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
73	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	5055565709153	<1>2016-03-01/<2>2018-09-01/<3>2018-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	162,00	170,10	158,53	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
74	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	5055565707548	<1>2016-03-01/<2>2018-09-01/<3>2018-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	503,28	528,44	528,44	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
75	Capecitabinum	Capecitabine Actavis, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	5909991003456	<1>2016-03-01/<2>2018-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1006.0, Capecitabinum	81,00	85,05	79,27	<1>C.5.a.; <2>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
76	Capecitabinum	Capecitabine Actavis, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	5909991003463	<1>2016-03-01/<2>2018-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1006.0, Capecitabinum	540,00	567,00	528,44	<1>C.5.a.; <2>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
77	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	5909991004736	<1>2016-03-01/<2>2018-09-01/<3>2018-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	113,40	119,07	79,27	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
78	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	5909991004699	<1>2016-03-01/<2>2018-09-01/<3>2018-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	756,00	793,80	528,44	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
79	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powl., 150 mg	60 tabl.	5909991011079	<1>2016-03-01/<2>2018-09-01/<3>2018-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	129,60	136,08	79,27	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
80	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powl., 500 mg	120 tabl.	5909991011239	<1>2016-03-01/<2>2018-09-01/<3>2018-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	864,00	907,20	528,44	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
81	Capecitabinum	Symloda, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	5909991000448	<1>2016-05-01/<2>2018-09-01/<3>2018-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	81,00	85,05	79,27	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
82	Capecitabinum	Xeloda, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	5909990893416	<1>2016-07-01/<2>2018-09-01/<3>2018-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	129,60	136,08	79,27	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
83	Capecitabinum	Xeloda, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	5909990893515	<1>2016-07-01/<2>2018-09-01/<3>2018-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	864,00	907,20	528,44	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
84	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 100 ml	5909990816194	2018-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	260,28	273,29	273,29	C.6.	bezpłatny	0 zł
85	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 15 ml	5909990816163	2018-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	39,96	41,96	41,96	C.6.	bezpłatny	0 zł
86	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 45 ml	5909990816170	2018-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	102,06	107,16	107,16	C.6.	bezpłatny	0 zł
87	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	5909990816156	2018-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	18,25	19,16	19,16	C.6.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
88	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 60 ml	5909990816187	2018-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	173,88	182,57	182,57	C.6.	bezpłatny	0 zł
89	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	5909990450015	2017-09-01	5 lat	1005.0, Carboplatinum	24,62	25,85	25,85	C.6.	bezpłatny	0 zł
90	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909990662760	2016-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	270,00	283,50	283,50	C.6.	bezpłatny	0 zł
91	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	5909990450022	2016-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	46,44	48,76	48,76	C.6.	bezpłatny	0 zł
92	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	5909990450039	2016-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	140,40	147,42	147,42	C.6.	bezpłatny	0 zł
93	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	5909990662753	2016-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	187,92	197,32	197,32	C.6.	bezpłatny	0 zł
94	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 15 ml	5909990776733	2018-03-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	36,72	38,56	38,56	C.6.	bezpłatny	0 zł
95	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 45 ml	5909990776740	2018-03-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	104,76	110,00	110,00	C.6.	bezpłatny	0 zł
96	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990776726	2016-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	12,96	13,61	13,61	C.6.	bezpłatny	0 zł
97	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	5909990851058	2016-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	131,76	138,35	138,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
98	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	5909990477425	2016-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	41,91	44,01	44,01	C.6.	bezpłatny	0 zł
99	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	5909990477432	2016-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	102,29	107,40	107,40	C.6.	bezpłatny	0 zł
100	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990477418	2016-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	24,84	26,08	26,08	C.6.	bezpłatny	0 zł
101	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	5909990345618	2016-07-01	3 lata	1099.0, Chlorambucilum	241,48	253,55	253,55	C.8.	bezpłatny	0 zł
102	Ciclosporinum	Sandimmun , koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	10 amp. po 1 ml	5909990119813	2016-01-01	3 lata	1007.0, Ciclosporinum	118,80	124,74	124,74	C.10.	bezpłatny	0 zł
103	Cisplatinum	Cisplatin Teva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990722600	2016-01-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	8,64	9,07	9,07	C.11.	bezpłatny	0 zł
104	Cisplatinum	Cisplatin Teva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909990722648	2016-01-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	64,80	68,04	68,04	C.11.	bezpłatny	0 zł
105	Cisplatinum	Cisplatin Teva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909990722631	2016-01-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	32,40	34,02	34,02	C.11.	bezpłatny	0 zł
106	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.a 100 ml	5909990958535	2018-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	72,36	75,98	75,98	C.11.	bezpłatny	0 zł
107	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990958481	2016-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	9,03	9,48	9,48	C.11.	bezpłatny	0 zł
108	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909990958504	2016-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	42,12	44,23	44,23	C.11.	bezpłatny	0 zł
109	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	5909990838745	2018-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	6,26	6,57	6,57	C.11.	bezpłatny	0 zł
110	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	5909990894772	2018-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	62,64	65,77	65,77	C.11.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
111	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	5909990838769	2018-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	31,32	32,89	32,89	C.11.	bezpłatny	0 zł
112	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	5909990838752	2016-07-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	17,28	18,14	18,14	C.11.	bezpłatny	0 zł
113	Cladribinum	Biodribin, roztwór do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 10 ml	5909990713417	2016-07-01	3 lata	1009.0, Cladribinum	493,34	518,01	518,01	C.12.	bezpłatny	0 zł
114	Clofarabinum	Evoltra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909990710997	<1>2016-05-01/<2>2018-05-01	3 lata	1111.0, Klofarabina	6905,52	7250,80	7250,80	<1>C.66.a.;<2> C.66.b.	bezpłatny	0 zł
115	Crisantaspasum	Erwinase, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10000 j.m./fiolkę	5 fiol.	5060146290302	<1>2018-07-01/<2>2018-11-01	2 lata	1146.0, Crisantaspasum	14580,00	15309,00	15309,00	<1>C.78.a.; <2>C.78.b.	bezpłatny	0 zł
116	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol.po 75 ml	5909990241019	2016-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	54,96	57,71	57,71	C.13.	bezpłatny	0 zł
117	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 200 mg	1 fiol.po 10 ml	5909990240913	2016-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	14,58	15,31	11,54	C.13.	bezpłatny	0 zł
118	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990240814	2016-01-01	3 lata	1010.2, Cyclophosphamidum p.o.	72,52	76,15	76,15	C.13.	bezpłatny	0 zł
119	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990640188	2016-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	8,42	8,84	8,84	C.14.	bezpłatny	0 zł
120	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990181216	2016-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	42,12	44,23	44,23	C.14.	bezpłatny	0 zł
121	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909990181223	2016-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	84,24	88,45	88,45	C.14.	bezpłatny	0 zł
122	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	5909990624935	2016-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	168,48	176,90	176,90	C.14.	bezpłatny	0 zł
123	Cytarabinum	Cytarabine Kabi, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	5909991028084	2016-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	8,42	8,84	8,84	C.14.	bezpłatny	0 zł
124	Cytarabinum	Cytarabine Kabi, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909991028107	2016-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	79,92	83,92	83,92	C.14.	bezpłatny	0 zł
125	Cytarabinum	Cytarabine Kabi, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909991028138	2016-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	151,24	158,80	158,80	C.14.	bezpłatny	0 zł
126	Cytarabinum	Cytarabine Kabi, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909991028091	2016-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	39,96	41,96	41,96	C.14.	bezpłatny	0 zł
127	Cytarabinum	Cytosar, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol. z prosz.	5909990314614	2016-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	84,24	88,45	88,45	C.14.	bezpłatny	0 zł
128	Cytarabinum	Cytosar, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol.z prosz. + 1 amp.z rozp.	5909990154715	2016-07-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	11,03	11,58	8,85	C.14.	bezpłatny	0 zł
129	Cytarabinum	Cytosar, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. (+ rozp.)	5909990314515	2016-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	42,12	44,23	44,23	C.14.	bezpłatny	0 zł
130	Cytarabinum	DepoCyte, zawiesina do wstrzykiwań, 50 mg	1 fiol.po 5 ml	5909990219278	2016-07-01	3 lata	1011.2, Cytarabinum depocyte	6318,00	6633,90	6633,90	C.15.	bezpłatny	0 zł
131	Dacarbazinum	Detimedac 100 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg	10 fiol.po 100 mg	5909991029500	2018-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	151,20	158,76	158,76	C.16.	bezpłatny	0 zł
132	Dacarbazinum	Detimedac 1000 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 1000 mg	5909991029807	2018-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	151,20	158,76	158,76	C.16.	bezpłatny	0 zł
133	Dacarbazinum	Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg	10 fiol.po 200 mg	5909991029609	2018-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	302,40	317,52	317,52	C.16.	bezpłatny	0 zł
134	Dacarbazinum	Detimedac 500 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 500 mg	5909991029708	2018-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	75,60	79,38	79,38	C.16.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 amp.-strz.po 1 ml	5909990739035	2018-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	3402,00	3572,10	3572,10	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
136	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 wstrz.po 1 ml	5909990340330	2018-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	3402,00	3572,10	3572,10	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
137	Denosumabum	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 fiol.po 1,7 ml	5909990881789	2017-09-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	1321,79	1387,88	1387,88	C.75.	bezpłatny	0 zł
138	Dexamethasoni phosphas	Dexamethasone phosphate SF, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/ml	5 amp. 1 ml	5907464420700	2017-05-01	2 lata	1161.0, Deksametazon	20,52	21,55	21,55	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
139	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 16 ml	5909990850280	2016-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	475,20	498,96	498,96	C.19.	bezpłatny	0 zł
140	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	5909990777006	2016-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	59,40	62,37	62,37	C.19.	bezpłatny	0 zł
141	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	5909990777020	2016-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	237,60	249,48	249,48	C.19.	bezpłatny	0 zł
142	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	5909990994557	2017-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	32,40	34,02	34,02	C.19.	bezpłatny	0 zł
143	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	5909990994564	2017-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	129,60	136,08	136,08	C.19.	bezpłatny	0 zł
144	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	5909990994601	2017-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	259,20	272,16	272,16	C.19.	bezpłatny	0 zł
145	Doxorubicinum	Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	5909990471027	2016-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	36,72	38,56	38,56	C.20.	bezpłatny	0 zł
146	Doxorubicinum	Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990471010	2016-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	10,93	11,48	11,48	C.20.	bezpłatny	0 zł
147	Doxorubicinum	Caelyx, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990983018	2016-05-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	1836,00	1927,80	1927,80	C.22.	bezpłatny	0 zł
148	Doxorubicinum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 5 ml	5909990429011	2016-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	8,64	9,07	9,07	C.20.	bezpłatny	0 zł
149	Doxorubicinum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 50 ml	5909990614837	2016-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	82,08	86,18	86,18	C.20.	bezpłatny	0 zł
150	Doxorubicinum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 100 ml	5909990614844	2016-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	164,16	172,37	172,37	C.20.	bezpłatny	0 zł
151	Doxorubicinum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 25 ml	5909990429028	2016-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	41,04	43,09	43,09	C.20.	bezpłatny	0 zł
152	Doxorubicinum	Doxorubicin medac, roztwór do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990859443	2016-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	30,24	31,75	22,96	C.20.	bezpłatny	0 zł
153	Doxorubicinum	Doxorubicin medac, roztwór do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909990859535	2016-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	138,24	145,15	145,15	C.20.	bezpłatny	0 zł
154	Doxorubicinum	Doxorubicin medac, roztwór do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	5909990859474	2016-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	38,88	40,82	40,82	C.20.	bezpłatny	0 zł
155	Doxorubicinum	Doxorubicin medac, roztwór do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990859405	2016-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	16,09	16,89	11,48	C.20.	bezpłatny	0 zł
156	Doxorubicinum	Doxorubicin medac, roztwór do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 75 ml	5909990859481	2016-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	103,68	108,86	108,86	C.20.	bezpłatny	0 zł
157	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	5909990851393	2018-03-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	30,24	31,75	31,75	C.20.	bezpłatny	0 zł
158	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909991030599	2016-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	16,20	17,01	17,01	C.20.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909990851409	2016-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	120,96	127,01	127,01	C.20.	bezpłatny	0 zł
160	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990851386	2016-03-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	7,24	7,60	7,60	C.20.	bezpłatny	0 zł
161	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909991141882	2018-11-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	61,56	64,64	64,64	C.20.	bezpłatny	0 zł
162	Doxorubicinum	Myocet, proszek, dyspersja i rozpuszczalnik do sporządzania koncentratu dyspersji do infuzji (proszek i składniki do sporządzania koncentratu dyspersji liposomalnej do infuzji), 50 mg	2 zest. po 3 fiol. (1 proszek + 1 liposomy + 1 bufor), (2 zest.po 1 fiol. dla każdego z 3 komponentów)	5909990213559	<1>2016-07-01/<2>2018-01-01	3 lata	1014.2, Doxorubicinum liposomanum nonpegylatum	4212,00	4422,60	4422,60	<1>C.21.a.; <2>C.21.b.	bezpłatny	0 zł
163	Epirubicini hydrochloridum	Epimedac, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990661503	2016-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	64,80	68,04	58,06	C.23.	bezpłatny	0 zł
164	Epirubicini hydrochloridum	Epimedac, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909990661541	2016-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	349,92	367,42	367,42	C.23.	bezpłatny	0 zł
165	Epirubicini hydrochloridum	Epimedac, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	5909990661527	2016-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	87,48	91,85	91,85	C.23.	bezpłatny	0 zł
166	Epirubicini hydrochloridum	Epimedac, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990661497	2016-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	43,20	45,36	29,03	C.23.	bezpłatny	0 zł
167	Epirubicini hydrochloridum	Epimedac, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909990661534	2016-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	174,96	183,71	183,71	C.23.	bezpłatny	0 zł
168	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 5 ml	5909991104313	2016-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	33,48	35,15	29,03	C.23.	bezpłatny	0 zł
169	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 50 ml	5909991104337	2016-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	334,80	351,54	290,30	C.23.	bezpłatny	0 zł
170	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 100 ml	5909991104344	2016-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	669,60	703,08	580,60	C.23.	bezpłatny	0 zł
171	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 25 ml	5909991104320	2016-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	167,40	175,77	145,15	C.23.	bezpłatny	0 zł
172	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	5909990796403	2018-03-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	328,32	344,74	344,74	C.23.	bezpłatny	0 zł
173	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	5909990796397	2018-03-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	82,08	86,18	86,18	C.23.	bezpłatny	0 zł
174	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	5909990796373	2018-03-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	16,42	17,24	17,24	C.23.	bezpłatny	0 zł
175	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990796380	2016-07-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	43,20	45,36	45,36	C.23.	bezpłatny	0 zł
176	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909991029869	2016-07-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	164,16	172,37	172,37	C.23.	bezpłatny	0 zł
177	Epirubicini hydrochloridum	Episindan, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	5909990645299	2016-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	102,47	107,59	107,59	C.23.	bezpłatny	0 zł
178	Epirubicini hydrochloridum	Episindan, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990645275	2016-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	33,67	35,35	29,03	C.23.	bezpłatny	0 zł
179	Epirubicini hydrochloridum	Episindan, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909990645305	2016-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	199,15	209,11	209,11	C.23.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
180	Epirubicini hydrochloridum	Farmorubicin PFS, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	5909990752515	2016-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	138,24	145,15	145,15	C.23.	bezpłatny	0 zł
181	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990072477	2018-01-01	2 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	756,00	793,80	793,80	C.0.04.	bezpłatny	0 zł
182	Epoetinum beta	NeoRecormon, roztwór do wstrzykiwań, 30000 j.m.	1 amp.-strz.	5909990007134	2016-07-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	933,66	980,34	980,34	C.0.05.	bezpłatny	0 zł
183	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 5 ml	5909990776115	2016-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	20,52	21,55	17,01	C.24.	bezpłatny	0 zł
184	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 10 ml	5909990776214	2016-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	41,04	43,09	34,02	C.24.	bezpłatny	0 zł
185	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol.po 20 ml	5909990776313	2016-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	82,08	86,18	68,04	C.24.	bezpłatny	0 zł
186	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 2,5 ml	5909990776016	2016-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	12,31	12,93	8,51	C.24.	bezpłatny	0 zł
187	Etoposidum	Etoposid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909991070083	2016-03-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	16,20	17,01	17,01	C.24.	bezpłatny	0 zł
188	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909991233297	2016-05-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	30,24	31,75	31,75	C.24.	bezpłatny	0 zł
189	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 12,5 ml	5909991198138	2017-03-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	28,08	29,48	29,48	C.24.	bezpłatny	0 zł
190	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909991233303	2016-05-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	60,48	63,50	63,50	C.24.	bezpłatny	0 zł
191	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909991198121	2017-03-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	11,88	12,47	12,47	C.24.	bezpłatny	0 zł
192	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	5055565713846	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	57,24	60,10	60,10	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
193	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	5055565713860	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	286,20	300,51	300,51	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
194	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	5055565726068	2016-05-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	658,80	691,74	658,29	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
195	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	5055565713853	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	91,58	96,16	96,16	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
196	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	5055565713877	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	457,92	480,82	480,82	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
197	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	5055565726075	2016-05-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1036,80	1088,64	1053,26	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
198	Filgrastimum	Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	5909991102500	2018-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	51,84	54,43	54,43	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
199	Filgrastimum	Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	5909991102531	2018-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	245,16	257,42	257,42	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
200	Filgrastimum	Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	5909991102548	2018-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	80,57	84,60	84,60	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
201	Filgrastimum	Grastofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	5909991102555	2018-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	402,84	422,98	422,98	C.0.06.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
202	Filgrastimum	Neupogen, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/ml	5 fiol.po 1 ml	5909990312214	2016-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	607,50	637,88	470,21	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
203	Filgrastimum	Neupogen, roztwór do wstrzykiwań, 600 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990830510	2016-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	121,50	127,58	94,04	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
204	Filgrastimum	Neupogen, roztwór do wstrzykiwań, 960 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990830619	2016-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	181,44	190,51	150,47	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
205	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 12 mln j./0,2 ml	5 amp.-strz.po 0,2 ml	5909990904747	2016-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	115,77	121,56	121,56	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
206	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j.m./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990904778	2016-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	256,50	269,33	269,33	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
207	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j.m./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990904808	2016-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	410,40	430,92	430,92	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
208	Filgrastimum	Tevagrastim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j.m./0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml z osł. zabezp. igłę	5909990739387	2016-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	92,56	97,19	94,04	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
209	Filgrastimum	Tevagrastim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j.m./0,5 ml	5 amp.-strz. z osł. zabezp. igłę	5909990739394	2016-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	286,20	300,51	300,51	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
210	Filgrastimum	Tevagrastim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j.m./0,8 ml	1 amp.-strz.po 0,8 ml z osł. zabezp. igłę	5909990739448	2016-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	153,27	160,93	150,47	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
211	Filgrastimum	Tevagrastim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j.m./0,8 ml	5 amp.-strz. z osł. zabezp. igłę	5909990739455	2016-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	465,05	488,30	488,30	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
212	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990687763	2016-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	97,01	101,86	94,04	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
213	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	5909990687787	2018-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	219,45	230,42	230,42	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
214	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990687800	2016-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	160,14	168,15	150,47	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
215	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	5909990687848	2018-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	351,17	368,73	368,73	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
216	Fludarabini phosphas	Fludara Oral, tabl. powl., 10 mg	20 szt. (4 blist.po 5 szt.)	5909991183325	2016-07-01	3 lata	1017.2, Fludarabinum p.o.	1663,74	1746,93	1746,93	C.25.	bezpłatny	0 zł
217	Fludarabini phosphas	Fludarabine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	5909991262365	2016-07-01	3 lata	1017.1, Fludarabinum inj	135,00	141,75	141,75	C.25.	bezpłatny	0 zł
218	Fludarabini phosphas	Fludarabine Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	5909991226329	2016-09-01	3 lata	1017.1, Fludarabinum inj	135,00	141,75	141,75	C.25.	bezpłatny	0 zł
219	Fludarabini phosphas	Fludarabine Teva, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	5909990082377	2016-01-01	3 lata	1017.1, Fludarabinum inj	291,60	306,18	141,75	C.25.	bezpłatny	0 zł
220	Fluorouracilum	5 Fluorouracil - Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 20 ml	5909990450633	2016-07-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	14,57	15,30	15,30	C.26.	bezpłatny	0 zł
221	Fluorouracilum	5 Fluorouracil - Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909990336258	2016-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	72,36	75,98	75,98	C.26.	bezpłatny	0 zł
222	Fluorouracilum	Fluorouracil 1000 medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909990477913	2016-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	14,57	15,30	15,30	C.26.	bezpłatny	0 zł
223	Fluorouracilum	Fluorouracil 500 medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990477814	2016-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	7,56	7,94	7,94	C.26.	bezpłatny	0 zł
224	Fluorouracilum	Fluorouracil 5000 medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909990478019	2016-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	72,85	76,49	76,49	C.26.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
225	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	5909990774784	2018-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	6,05	6,35	6,35	C.26.	bezpłatny	0 zł
226	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	5909990774807	2018-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	60,48	63,50	63,50	C.26.	bezpłatny	0 zł
227	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	5909990774791	2018-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	12,10	12,71	12,71	C.26.	bezpłatny	0 zł
228	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	5909990774777	2018-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	3,02	3,17	3,17	C.26.	bezpłatny	0 zł
229	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909990900961	2016-07-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	29,16	30,62	30,62	C.26.	bezpłatny	0 zł
230	Fulvestrantum	Faslodex, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły z syst.osł.	5909990768875	2016-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	2700,00	2835,00	1275,75	C.27.	bezpłatny	0 zł
231	Fulvestrantum	Fulvestrant Teva, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły z syst.osł.	5909991317331	2018-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	1215,00	1275,75	1275,75	C.27.	bezpłatny	0 zł
232	Gemcitabinum	Gemcit, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 38 mg/ml	1 fiol. o poj. 10 ml (200 mg)	5909990775200	2016-07-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	18,36	19,28	19,28	C.28.	bezpłatny	0 zł
233	Gemcitabinum	Gemcit, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 38 mg/ml	1 fiol. o poj. 50 ml (1000 mg)	5909990775224	2016-07-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	67,50	70,88	70,88	C.28.	bezpłatny	0 zł
234	Gemcitabinum	Gemcit, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 38 mg/ml	1 fiol.po 2000 mg	5909990818143	2016-07-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	124,20	130,41	130,41	C.28.	bezpłatny	0 zł
235	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990976089	2016-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	84,24	88,45	88,45	C.28.	bezpłatny	0 zł
236	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	5909990976096	2016-07-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	118,80	124,74	124,74	C.28.	bezpłatny	0 zł
237	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	5909990976072	2016-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	17,82	18,71	18,71	C.28.	bezpłatny	0 zł
238	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909990976102	2016-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	168,48	176,90	176,90	C.28.	bezpłatny	0 zł
239	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 25 ml	5909990871032	2016-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	108,00	113,40	113,40	C.28.	bezpłatny	0 zł
240	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 5 ml	5909990870998	2016-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	27,00	28,35	28,35	C.28.	bezpłatny	0 zł
241	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2000 mg	1 fiol.po 50 ml	5909990871049	2016-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	216,00	226,80	226,80	C.28.	bezpłatny	0 zł
242	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.po 250 ml)	5909990836758	2016-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	64,58	67,81	67,81	C.29.	bezpłatny	0 zł
243	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	5909990944927	2016-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	86,12	90,43	67,81	C.29.	bezpłatny	0 zł
244	Idarubicini hydrochloridum	Zavedos, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol.po 10 ml	5909990236213	2016-01-01	3 lata	1022.0, Idarubicinum	766,80	805,14	805,14	C.30.	bezpłatny	0 zł
245	Idarubicini hydrochloridum	Zavedos, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 5 mg	1 fiol.po 5 ml	5909990236114	2016-01-01	3 lata	1022.0, Idarubicinum	410,40	430,92	430,92	C.30.	bezpłatny	0 zł
246	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol.	5909990241118	2016-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	120,42	126,44	126,44	C.31.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
247	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 2 g	1 fiol.	5909990241217	2016-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	217,62	228,50	228,50	C.31.	bezpłatny	0 zł
248	Imatinibum	Imatinib Accord, tabletki powlekane, 100 mg	60 szt.	5055565726983	2017-09-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	216,00	226,80	226,80	C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
249	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powl., 100 mg	60 tabl.	5055565713624	2017-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1064.1, Imatynib -2	270,00	283,50	283,50	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
250	Imatinibum	Imatinib Accord, tabletki powlekane, 400 mg	30 szt.	5055565726990	2017-09-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	432,00	453,60	453,60	C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
251	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powl., 400 mg	30 tabl.	5055565713631	2017-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1064.1, Imatynib -2	540,00	567,00	567,00	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
252	Imatinibum	Imatinib Teva, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	5909991025793	2018-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	324,00	340,20	283,50	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.	bezpłatny	0 zł
253	Imatinibum	Imatinib Teva, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	5909991025946	2018-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	648,00	680,40	567,00	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.	bezpłatny	0 zł
254	Imatinibum	Meaxin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	5909991053895	<1><2>2018-01-01/<3>2018-07-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	529,20	555,66	283,50	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
255	Imatinibum	Meaxin, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	5909991053963	<1><2>2018-01-01/<3>2018-07-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	1058,40	1111,32	567,00	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
256	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	5909991051181	<1><2>2018-01-01/<3>2018-09-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	302,40	317,52	283,50	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
257	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 400 mg	30 szt.	5909991051259	<1><2>2018-01-01/<3>2018-09-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	604,80	635,04	567,00	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
258	Imatinibum	Telux, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	5909991061098	<1><2>2018-01-01/<3>2017-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1064.1, Imatynib -2	213,84	224,53	224,53	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
259	Imatinibum	Telux, kaps. twarde, 400 mg	30 szt.	5909991061128	<1><2>2018-01-01/<3>2017-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1064.1, Imatynib -2	427,68	449,06	449,06	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
260	Interferonum alfa-2a	Roferon-a, roztwór do wstrzykiwań, 3 mln j.m./0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml + igła	5909990465118	<1><2><3>2016-07-01/<4>2018-09-01	3 lata	1024.2, Interferonum alfa recombinatum 2a	44,60	46,83	46,83	<3>C.33.a.; <4>C.33.b.	bezpłatny	0 zł
261	Interferonum alfa-2a	Roferon-a, roztwór do wstrzykiwań, 6 mln j.m./0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml + igła	5909990465316	<1><2><3>2016-07-01/<4>2018-09-01	3 lata	1024.2, Interferonum alfa recombinatum 2a	89,21	93,67	93,67	<3>C.33.a.; <4>C.33.b.	bezpłatny	0 zł
262	Interferonum alfa-2a	Roferon-a, roztwór do wstrzykiwań, 9 mln j.m./0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml + igła	5909990465415	<1><2><3>2016-07-01/<4>2018-09-01	3 lata	1024.2, Interferonum alfa recombinatum 2a	133,81	140,50	140,50	<3>C.33.a.; <4>C.33.b.	bezpłatny	0 zł
263	Interferonum alfa-2b	IntronA, roztwór do wstrzykiwań, 15 mln j.m./ml	1 doz.po 1,2 ml + 12 zest. (1 zest.: igła do wstrzyk. + wacik)	5909990858118	2016-07-01	3 lata	1024.3, Interferonum alfa recombinatum 2b	302,10	317,21	317,21	C.34.	bezpłatny	0 zł
264	Interferonum alfa-2b	IntronA, roztwór do wstrzykiwań, 25 mln j.m./ml	1 doz.po 1,2 ml + 12 zest. (1 zest.: igła do wstrzyk. + wacik)	5909990858217	2016-07-01	3 lata	1024.3, Interferonum alfa recombinatum 2b	503,49	528,66	528,66	C.34.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
265	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Campto, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	5909990645060	2016-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	1965,96	2064,26	2064,26	C.35.	bezpłatny	0 zł
266	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Campto, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	5909990645176	2016-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	237,39	249,26	249,26	C.35.	bezpłatny	0 zł
267	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Campto, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990645183	2016-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	651,02	683,57	683,57	C.35.	bezpłatny	0 zł
268	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	5055565731345	2017-03-01	5 lat	1025.0, Irinotecanum	162,00	170,10	170,10	C.35.	bezpłatny	0 zł
269	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	5055565731321	2017-03-01	5 lat	1025.0, Irinotecanum	21,60	22,68	22,68	C.35.	bezpłatny	0 zł
270	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	5055565731352	2017-03-01	5 lat	1025.0, Irinotecanum	270,00	283,50	283,50	C.35.	bezpłatny	0 zł
271	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5055565731338	2017-03-01	5 lat	1025.0, Irinotecanum	54,00	56,70	56,70	C.35.	bezpłatny	0 zł
272	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Fresenius, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	5909990962600	2016-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	160,92	168,97	168,97	C.35.	bezpłatny	0 zł
273	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Fresenius, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	5909990739059	2016-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	20,44	21,46	21,46	C.35.	bezpłatny	0 zł
274	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Fresenius, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	5909990911172	2016-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	264,60	277,83	277,83	C.35.	bezpłatny	0 zł
275	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Fresenius, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990739066	2016-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	47,19	49,55	49,55	C.35.	bezpłatny	0 zł
276	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	5909990766505	2016-01-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	183,60	192,78	192,78	C.35.	bezpłatny	0 zł
277	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	5909990766482	2016-01-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	37,80	39,69	39,69	C.35.	bezpłatny	0 zł
278	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990766499	2016-01-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	75,60	79,38	79,38	C.35.	bezpłatny	0 zł
279	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 5 ml	5909990871087	2016-01-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	75,60	79,38	79,38	C.35.	bezpłatny	0 zł
280	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.po 7,5 ml	5909990871124	2016-01-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	127,44	133,81	133,81	C.35.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
281	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 15 ml	5909990871155	2016-01-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	216,00	226,80	226,80	C.35.	bezpłatny	0 zł
282	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg	1 fiol.po 2 ml	5909990871056	2016-01-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	34,56	36,29	36,29	C.35.	bezpłatny	0 zł
283	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 25 ml	5909990871162	2016-01-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	394,20	413,91	413,91	C.35.	bezpłatny	0 zł
284	Isotretinoinum	Isoderm, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	5909990864409	2016-07-01	3 lata	1097.0, Isotretinoinum	43,20	45,36	45,36	C.36.	bezpłatny	0 zł
285	Lanreotidum	Somatuline Autogel , roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml z automatycznym systemem zabezpieczającym + igła	5909991094614	<1>2016-01-01/<2>2018-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1026.0, analogi somatostatyny	4447,02	4669,37	4669,37	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
286	Lanreotidum	Somatuline Autogel , roztwór do wstrzykiwań, 60 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml z automatycznym systemem zabezpieczającym + igła	5909991094416	2018-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1026.0, analogi somatostatyny	2676,67	2810,50	2568,21	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
287	Lanreotidum	Somatuline Autogel , roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml z automatycznym systemem zabezpieczającym + igła	5909991094515	<1>2016-01-01/<2>2018-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1026.0, analogi somatostatyny	3557,83	3735,72	3735,72	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
288	Lanreotidum	Somatuline PR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz.po 3 ml + 2 igły	5909990420711	2016-07-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1611,36	1691,93	1284,10	C.37.a.	bezpłatny	0 zł
289	Leuprorelinum	Lucrin Depot, mikrosfery do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 3,75 mg	1 zest.	5909990686117	<1>2016-07-01/<2>2017-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1070.1, analogi gonadoliberyny - leuprorelina	270,84	284,38	284,38	<2>C.74.	bezpłatny	0 zł
290	Lipegfilgrastimum	Lonquex, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml z urządzeniem zabezpieczającym	5909991072469	2018-03-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	2411,50	2532,08	2194,29	C.0.13.	bezpłatny	0 zł
291	Melphalanum	Alkeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	5909990283514	2016-07-01	3 lata	1098.0, Melphalanum	292,04	306,64	306,64	C.39.	bezpłatny	0 zł
292	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	5909990186112	2016-01-01	3 lata	1027.0, Mercaptopurinum	21,06	22,11	22,11	C.40.	bezpłatny	0 zł
293	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp.po 4 ml	5909990265831	2016-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	201,10	211,16	211,16	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
294	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, tabl., 10 mg	50 szt.	5909990453924	2016-07-01	3 lata	1028.3, Methotrexatum p.o	32,36	33,98	33,98	C.41.	bezpłatny	0 zł
295	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909990333936	2016-01-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	378,00	396,90	396,90	C.41.	bezpłatny	0 zł
296	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, tabl., 2,5 mg	50 szt.	5909990453726	2016-07-01	3 lata	1028.3, Methotrexatum p.o	8,09	8,49	8,49	C.41.	bezpłatny	0 zł
297	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, tabl., 5 mg	50 szt.	5909990453825	2016-07-01	3 lata	1028.3, Methotrexatum p.o	16,18	16,99	16,99	C.41.	bezpłatny	0 zł
298	Methotrexatum	Trexan, tabl., 10 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt.)	5909990730346	2016-01-01	3 lata	1028.3, Methotrexatum p.o	64,80	68,04	67,96	C.41.	bezpłatny	0 zł
299	Methotrexatum	Trexan, tabl., 2,5 mg	100 szt. (1 but.po 100 szt.)	5909990111619	2016-01-01	3 lata	1028.3, Methotrexatum p.o	16,19	17,00	16,99	C.41.	bezpłatny	0 zł
300	Mitomycinum	Mitomycin Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/do infuzji lub do pęcherza moczowego, 10 mg	1 fiol.	5909991273996	2017-01-01	3 lata	1029.0, Mitomycinum	36,72	38,56	38,56	C.42.	bezpłatny	0 zł
301	Mitomycinum	Mitomycin Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/do infuzji lub do pęcherza moczowego, 20 mg	1 fiol.	5909991274016	2017-01-01	3 lata	1029.0, Mitomycinum	73,44	77,11	77,11	C.42.	bezpłatny	0 zł
302	Mitomycinum	Mitomycin C Kyowa, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol.po 10 mg	5909990098118	2016-01-01	3 lata	1029.0, Mitomycinum	54,00	56,70	38,56	C.42.	bezpłatny	0 zł
303	Mitomycinum	Mitomycin C Kyowa, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol.po 20 mg	5909990098217	2016-01-01	3 lata	1029.0, Mitomycinum	108,00	113,40	77,11	C.42.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
304	Mitotanum	Lysodren, tabl., 500 mg	100 tabl.	5909990335237	2016-07-01	3 lata	1030.0, Mitotanum	2662,20	2795,31	2795,31	C.43.	bezpłatny	0 zł
305	Mitoxantronum	Mitoxantron Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909991238872	<1>2018-07-01/<2>2018-01-01	2 lata	1141.0, Mitoxantronum	216,00	226,80	226,80	<1>C.77.a; <2>C.77.b.	bezpłatny	0 zł
306	Mitoxantronum	Mitoxantron Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909991238896	<1>2018-07-01/<2>2018-01-01	2 lata	1141.0, Mitoxantronum	118,80	124,74	113,40	<1>C.77.a; <2>C.77.b.	bezpłatny	0 zł
307	Mitoxantronum	Mitoxantron-Ebewe, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909991018269	2018-01-01	2 lata	1141.0, Mitoxantronum	324,00	340,20	226,80	C.77.a; C.77.b.	bezpłatny	0 zł
308	Nelarabinum	Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	6 fiol.a 50 ml	5909990056736	2017-07-01	2 lata	1128.0, Nelarabina	6480,00	6804,00	6804,00	C.73.	bezpłatny	0 zł
309	Netupitantum + Palonosetronum	Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg	1 szt.	5909991246563	2017-01-01	2 lata	1154.0, Netupitant, palonosetron	280,80	294,84	294,84	C.0.16.	bezpłatny	0 zł
310	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	5909990042913	2016-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	43,20	45,36	45,36	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
311	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	5909990042715	2016-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	32,40	34,02	34,02	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
312	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	5909990459711	<1>2016-01-01/<2>2018-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1026.0, analogi somatostatyny	2160,00	2268,00	1834,43	C.45.a.; C.45.b.	bezpłatny	0 zł
313	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	5909990459612	<1>2016-07-01/<2>2018-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1026.0, analogi somatostatyny	3736,80	3923,64	3668,87	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
314	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	5909990459513	<1>2016-07-01/<2>2018-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1026.0, analogi somatostatyny	5241,24	5503,30	5503,30	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
315	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	5909990744510	2016-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	34,56	36,29	36,29	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
316	Ondansetronum	Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	5 amp. po 2 ml	5909990822225	2018-03-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	6,37	6,69	6,69	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
317	Ondansetronum	Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	5 amp. po 4 ml	5909990822249	2018-03-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	12,74	13,38	13,38	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
318	Ondansetronum	Ondansetron Kabi, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 2 ml	5909990055197	2016-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	6,48	6,80	6,69	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
319	Ondansetronum	Ondansetron Kabi, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 4 ml	5909990055234	2016-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	12,96	13,61	13,38	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
320	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	5909990994717	2016-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	34,56	36,29	36,29	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
321	Ondansetronum	Zofran, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 2 ml	5909990002016	2016-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	6,71	7,05	6,69	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
322	Ondansetronum	Zofran, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 4 ml	5909990002023	2016-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	13,41	14,08	13,38	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
323	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	5909990001811	2016-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	31,86	33,45	18,15	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
324	Ondansetronum	Zofran, syrop, 4 mg/5ml	50 ml	5909990810611	2016-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	37,80	39,69	18,15	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
325	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt. (2 blist.po 5 szt.)	5909990001910	2016-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	49,84	52,33	36,29	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
326	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990798247	2016-01-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	32,40	34,02	34,02	C.46.	bezpłatny	0 zł
327	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909990798254	2016-01-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	64,80	68,04	68,04	C.46.	bezpłatny	0 zł
328	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	5909990827381	2016-01-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	135,00	141,75	141,75	C.46.	bezpłatny	0 zł
329	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Teva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	5909990084852	2016-01-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	37,80	39,69	39,69	C.46.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
330	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Teva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	5909990084869	2016-01-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	70,20	73,71	73,71	C.46.	bezpłatny	0 zł
331	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Teva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	5909990683291	2016-01-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	139,32	146,29	146,29	C.46.	bezpłatny	0 zł
332	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	5909990796151	2018-03-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	31,86	33,45	33,45	C.46.	bezpłatny	0 zł
333	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	5909990796168	2018-03-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	63,72	66,91	66,91	C.46.	bezpłatny	0 zł
334	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 40 ml	5909990827206	2018-03-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	127,44	133,81	133,81	C.46.	bezpłatny	0 zł
335	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909990874446	2016-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	302,40	317,52	317,52	C.47.	bezpłatny	0 zł
336	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	5909990874361	2016-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	52,92	55,57	55,57	C.47.	bezpłatny	0 zł
337	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	5909990874385	2016-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	75,60	79,38	79,38	C.47.	bezpłatny	0 zł
338	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990874347	2016-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	27,00	28,35	28,35	C.47.	bezpłatny	0 zł
339	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909990874408	2016-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	151,20	158,76	158,76	C.47.	bezpłatny	0 zł
340	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 16,7 ml	5909990018390	2016-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	108,00	113,40	113,40	C.47.	bezpłatny	0 zł
341	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.po 25 ml	5909990018406	2016-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	162,00	170,10	170,10	C.47.	bezpłatny	0 zł
342	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.po 5 ml	5909990018383	2016-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	32,40	34,02	34,02	C.47.	bezpłatny	0 zł
343	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 50 ml	5909990018420	2016-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	324,00	340,20	340,20	C.47.	bezpłatny	0 zł
344	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 16,7 ml	5909990840274	2018-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	48,60	51,03	51,03	C.47.	bezpłatny	0 zł
345	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	5909990840267	2018-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	14,58	15,31	15,31	C.47.	bezpłatny	0 zł
346	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	5909990840281	2018-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	145,80	153,09	153,09	C.47.	bezpłatny	0 zł
347	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	5909991037093	2016-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	259,20	272,16	272,16	C.47.	bezpłatny	0 zł
348	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	5909991037086	2016-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	75,60	79,38	79,38	C.47.	bezpłatny	0 zł
349	Paclitaxelum	Sindaxel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,67 ml	5909990976027	2016-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	99,79	104,78	104,78	C.47.	bezpłatny	0 zł
350	Paclitaxelum	Sindaxel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 43,33 ml	5909990976034	2016-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	843,48	885,65	885,65	C.47.	bezpłatny	0 zł
351	Paclitaxelum	Sindaxel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990976010	2016-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	40,74	42,78	42,78	C.47.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
352	Paclitaxelum	Sindaxel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	5909990668878	2016-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	294,84	309,58	309,58	C.47.	bezpłatny	0 zł
353	Pegaspargasum	Oncaspar, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 750 j.m./ml	1 fiol.po 5 ml	5909990950812	2016-07-01	3 lata	1033.0, Pegaspargasum	5130,00	5386,50	5386,50	C.48.	bezpłatny	0 zł
354	Pegfilgrastimum	Neulasta, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml (z zab.igły)	5909990007523	2016-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	3018,60	3169,53	2194,29	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
355	Pegfilgrastimum	Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	5055565748640	2018-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	2089,80	2194,29	2194,29	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
356	Pemetreksedum	Pemetreksed Adamed, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	5909991253806	2016-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	561,60	589,68	438,01	C.49.	bezpłatny	0 zł
357	Pemetreksedum	Pemetreksed Adamed, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 50 ml	5909991253820	2016-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	5616,00	5896,80	4380,08	C.49.	bezpłatny	0 zł
358	Pemetreksedum	Pemetreksed Adamed, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 25 ml	5909991253813	2016-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	2808,00	2948,40	2190,04	C.49.	bezpłatny	0 zł
359	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	5055565724613	2016-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	417,15	438,01	438,01	C.49.	bezpłatny	0 zł
360	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.	5055565724736	2016-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	4171,50	4380,08	4380,08	C.49.	bezpłatny	0 zł
361	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.	5055565724620	2016-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	2085,75	2190,04	2190,04	C.49.	bezpłatny	0 zł
362	Pemetreksedum	Pemetrexed Alvogen, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	5909991258573	2016-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	556,20	584,01	438,01	C.49.	bezpłatny	0 zł
363	Pemetreksedum	Pemetrexed Alvogen, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 25 ml	5909991258597	2016-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	2781,00	2920,05	2190,04	C.49.	bezpłatny	0 zł
364	Pemetreksedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	5909991289393	2017-07-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	378,00	396,90	396,90	C.49.	bezpłatny	0 zł
365	Pemetreksedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.	5909991289409	2017-07-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1944,00	2041,20	2041,20	C.49.	bezpłatny	0 zł
366	Pemetreksedum	Pemetrexed Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	5902020241522	2017-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	432,00	453,60	438,01	C.49.	bezpłatny	0 zł
367	Pemetreksedum	Pemetrexed Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol. proszku	5902020241539	2017-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	2160,00	2268,00	2190,04	C.49.	bezpłatny	0 zł
368	Pemetreksedum	Pemetrexed Sandoz, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	5907626706079	2016-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	556,20	584,01	438,01	C.49.	bezpłatny	0 zł
369	Pemetreksedum	Pemetrexed Sandoz, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 100 ml	5907626706093	2016-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	5562,00	5840,10	4380,08	C.49.	bezpłatny	0 zł
370	Pemetreksedum	Pemetrexed Sandoz, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	5907626706086	2016-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	2781,00	2920,05	2190,04	C.49.	bezpłatny	0 zł
371	Pemetreksedum	Pemetrexed Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	5909991270407	2017-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	324,00	340,20	340,20	C.49.	bezpłatny	0 zł
372	Pemetreksedum	Pemetrexed Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 25 ml	5909991270414	2017-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1620,00	1701,00	1701,00	C.49.	bezpłatny	0 zł
373	Plerixaforum	Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	5909990728473	2018-05-01	1 rok 2 miesiące	1126.0, Pleryksafor	25142,40	26399,52	26399,52	C.71.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
374	Posaconazolum	Noxafil, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	5909990335244	<1>2018-05-01/<2><3>2018-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	2539,47	2666,44	2666,44	<1>C.0.14.a.;<2>C.0.14.b.;<3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
375	Rasburicasum	Fasturtec, proszek i rozpuszczalnik do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji , 1,5 mg/ml	3 fiol.po 1,5 mg (+ 3 amp. rozp.)	5909990943111	2016-01-01	3 lata	1048.0, Rasburicasum	692,84	727,48	727,48	C.0.11.	bezpłatny	0 zł
376	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	5909990418817	<1><5>2016-07-01/<2>2018-07-01/<3>2017-09-01/<4>2017-07-01	<1><2><5>3 lata/<3><4>2 lata	1035.0, Rituximabum	2445,01	2567,26	2567,26	<5>C.51.	bezpłatny	0 zł
377	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	5909990418824	<1><5>2016-07-01/<2>2018-07-01/<3>2017-09-01/<4>2017-07-01	<1><2><5>3 lata/<3><4>2 lata	1035.0, Rituximabum	6112,52	6418,15	6418,15	<5>C.51.	bezpłatny	0 zł
378	Tamoxifenum	Nolvadex D, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990127412	2016-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	15,24	16,00	16,00	C.52.	bezpłatny	0 zł
379	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990775316	2016-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	9,94	10,44	10,44	C.52.	bezpłatny	0 zł
380	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	5909990672172	2016-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	630,56	662,09	662,09	C.64.	bezpłatny	0 zł
381	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	5909990672219	2016-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	882,78	926,92	926,92	C.64.	bezpłatny	0 zł
382	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	5909990672233	2016-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	1135,00	1191,75	1191,75	C.64.	bezpłatny	0 zł
383	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	5909990672158	2016-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	126,11	132,42	132,42	C.64.	bezpłatny	0 zł
384	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	5909990672196	2016-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	1576,40	1655,22	1655,22	C.64.	bezpłatny	0 zł
385	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	5909990716999	2016-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	31,53	33,11	33,11	C.64.	bezpłatny	0 zł
386	Temozolomidum	Temostad, kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	5909990805136	2016-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	334,80	351,54	351,54	C.64.	bezpłatny	0 zł
387	Temozolomidum	Temostad, kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	5909990805150	2016-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	468,72	492,16	492,16	C.64.	bezpłatny	0 zł
388	Temozolomidum	Temostad, kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	5909990805174	2016-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	648,00	680,40	680,40	C.64.	bezpłatny	0 zł
389	Temozolomidum	Temostad, kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	5909990805105	2016-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	66,96	70,31	70,31	C.64.	bezpłatny	0 zł
390	Temozolomidum	Temostad, kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	5909990805198	2016-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	864,00	907,20	907,20	C.64.	bezpłatny	0 zł
391	Temozolomidum	Temostad, kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	5909990805082	2016-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	21,60	22,68	22,68	C.64.	bezpłatny	0 zł
392	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg	5 szt. (saszetka)	5055565719350	2018-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	216,00	226,80	226,80	C.64.	bezpłatny	0 zł
393	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg	5 szt. (saszetka)	5055565719367	2018-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	324,00	340,20	340,20	C.64.	bezpłatny	0 zł
394	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg	5 szt. (saszetka)	5055565719374	2018-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	432,00	453,60	453,60	C.64.	bezpłatny	0 zł
395	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg	5 szt. (saszetka)	5055565719343	2018-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	43,20	45,36	45,36	C.64.	bezpłatny	0 zł
396	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg	5 szt. (saszetka)	5055565719381	2018-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	594,00	623,70	623,70	C.64.	bezpłatny	0 zł
397	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	5 szt. (saszetka)	5055565719336	2018-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,80	11,34	11,34	C.64.	bezpłatny	0 zł
398	Temozolomidum	Temozolomide Fair-Med., kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	5909991057640	2017-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	453,60	476,28	476,28	C.64.	bezpłatny	0 zł
399	Temozolomidum	Temozolomide Fair-Med., kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	5909991057671	2017-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	635,04	666,79	666,79	C.64.	bezpłatny	0 zł
400	Temozolomidum	Temozolomide Fair-Med., kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	5909991057701	2017-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	816,48	857,30	857,30	C.64.	bezpłatny	0 zł
401	Temozolomidum	Temozolomide Fair-Med., kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	5909991057602	2017-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	90,72	95,26	95,26	C.64.	bezpłatny	0 zł
402	Temozolomidum	Temozolomide Fair-Med., kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	5909991057794	2017-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	1134,00	1190,70	1190,70	C.64.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
403	Temozolomidum	Temozolomide Fair-Med., kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	5909991057572	2017-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	22,68	23,81	23,81	C.64.	bezpłatny	0 zł
404	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 100 mg	5 sasz.po 1 kaps.	5902020241249	2017-05-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	367,20	385,56	385,56	C.64.	bezpłatny	0 zł
405	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 140 mg	5 sasz.	5902020241256	2017-05-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	514,08	539,78	539,78	C.64.	bezpłatny	0 zł
406	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 180 mg	5 kaps. w saszetce	5902020241263	2017-05-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	660,96	694,01	694,01	C.64.	bezpłatny	0 zł
407	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 20 mg	5 kaps.	5902020241232	2017-05-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	73,44	77,11	77,11	C.64.	bezpłatny	0 zł
408	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 250 mg	5 kaps.	5902020241270	2017-05-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	918,00	963,90	963,90	C.64.	bezpłatny	0 zł
409	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 100 mg	5 kaps.	5909991288006	2018-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	189,00	198,45	198,45	C.64.	bezpłatny	0 zł
410	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 140 mg	5 kaps.	5909991288037	2018-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	264,60	277,83	277,83	C.64.	bezpłatny	0 zł
411	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 180 mg	5 kaps.	5909991288068	2018-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	340,20	357,21	357,21	C.64.	bezpłatny	0 zł
412	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 20 mg	5 kaps.	5909991287979	2018-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	37,80	39,69	39,69	C.64.	bezpłatny	0 zł
413	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 250 mg	5 kaps.	5909991288099	2018-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	472,50	496,13	496,13	C.64.	bezpłatny	0 zł
414	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 5 mg	5 kaps.	5909991287948	2018-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	9,45	9,92	9,92	C.64.	bezpłatny	0 zł
415	Thiotepa	Tepadina, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	5909990893553	2016-07-01	3 lata	1037.0, Thiotepa	3499,20	3674,16	3674,16	C.55.	bezpłatny	0 zł
416	Thiotepa	Tepadina, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 15 mg	1 fiol.	5909990893546	2016-07-01	3 lata	1037.0, Thiotepa	577,80	606,69	551,12	C.55.	bezpłatny	0 zł
417	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	5909990185214	2016-07-01	3 lata	1100.0, Tioguaninum	677,70	711,59	711,59	C.56.	bezpłatny	0 zł
418	Topotecanum	Hycamtin, kaps. twarde, 0,25 mg	10 kaps.	5909990643134	2018-09-01	3 lata	1038.2, Topotecanum p.o.	386,10	405,41	405,41	C.57.1.	bezpłatny	0 zł
419	Topotecanum	Hycamtin, kaps. twarde, 1 mg	10 kaps.	5909990643141	2018-09-01	3 lata	1038.2, Topotecanum p.o.	1458,00	1530,90	1530,90	C.57.1.	bezpłatny	0 zł
420	Topotecanum	Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	5909990924660	2016-07-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	72,36	75,98	75,98	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
421	Topotecanum	Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	5909990924677	2016-07-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	144,72	151,96	151,96	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
422	Topotecanum	Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	5909990924684	2016-07-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	289,44	303,91	303,91	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
423	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 1 ml	5909990984756	2018-03-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	70,20	73,71	73,71	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
424	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 4 ml	5909990984770	2018-03-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	280,80	294,84	294,84	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
425	Tretinoinum	Vesanoid, kaps. miękkie, 10 mg	100 szt.	5909990668311	2016-03-01	3 lata	1039.0, Tretinoinum	1043,28	1095,44	1095,44	C.58.	bezpłatny	0 zł
426	Vinblastini sulfas	Vinblastin-Richter, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5 mg	10 fiol. z prosz. + 10 fiol. z rozp.po 10 ml	5909990117321	2016-01-01	3 lata	1040.0, Vinblastinum	216,00	226,80	226,80	C.60.	bezpłatny	0 zł
427	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	5909990669493	2016-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	25,38	26,65	26,65	C.61.	bezpłatny	0 zł
428	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	5909990669523	2016-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	124,20	130,41	130,41	C.61.	bezpłatny	0 zł
429	Vincristini sulfas	Vincristin-Richter, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	10 fiol. z prosz. + 10 fiol. z rozp.po 10 ml	5909990117413	2016-01-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	259,20	272,16	272,16	C.61.	bezpłatny	0 zł
430	Vinorelbinum	Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 1 ml	5909990173617	2016-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	529,20	555,66	226,80	C.63.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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**
431	Vinorelbinum	Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 5 ml	5909990173624	2016-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	2646,00	2778,30	1134,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
432	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg	1 kaps.	5909990945016	2016-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	174,59	183,32	183,32	C.63.	bezpłatny	0 zł
433	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg	1 kaps.	5909990945115	2016-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	261,88	274,97	274,97	C.63.	bezpłatny	0 zł
434	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 1 ml	5909990573325	2016-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	648,00	680,40	226,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
435	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 5 ml	5909990573349	2016-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	1296,00	1360,80	1134,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
436	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 1 ml	5909990668045	2018-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	32,40	34,02	22,68	C.63.	bezpłatny	0 zł
437	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	5909990668052	2018-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	162,00	170,10	113,40	C.63.	bezpłatny	0 zł
438	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 1 ml	5909991314439	2017-09-01	5 lat	1042.1, Vinorelbinum inj	21,60	22,68	22,68	C.63.	bezpłatny	0 zł
439	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	5909991314446	2017-09-01	5 lat	1042.1, Vinorelbinum inj	108,00	113,40	113,40	C.63.	bezpłatny	0 zł
440	Voriconazolum	Voriconazol Adamed, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	5909991271848	2018-09-01	3 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	135,79	142,58	142,58	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
441	Voriconazolum	Voriconazol Adamed, tabl. powl., 50 mg	20 szt.	5909991271831	2018-09-01	3 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	33,94	35,64	35,64	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
442	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	5909991063177	2017-09-01	2 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	135,79	142,58	142,58	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
443	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	10 szt.	5909991095826	2018-03-01	2 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	111,78	117,37	71,29	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
444	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	5909991095840	2017-11-01	2 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	297,00	311,85	142,58	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
445	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 50 mg	20 szt.	5909991095741	2017-11-01	2 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	70,20	73,71	35,65	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
446	Voriconazolum	Voriconazole Actavis, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	5909991248437	2018-11-01	3 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	147,53	154,91	142,58	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
447	Voriconazolum	Voriconazole Mylan, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	5909991191917	2018-11-01	3 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	130,90	137,45	137,45	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
448	Voriconazolum	Voriconazole Sandoz, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	5909991082192	2017-11-01	2 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	399,60	419,58	199,61	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
449	Voriconazolum	Voriconazole Teva, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	5909991094355	2017-01-01	2 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	223,56	234,74	142,58	C.0.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	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	Voriconazolum	Voriconazole Teva, tabl. powl., 50 mg	20 szt.	5909991094126	2017-01-01	2 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	75,60	79,38	35,65	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
451	Voriconazolum	Voriconazole Zentiva, tabletki powlekane, 200 mg	20 tabl.	5909991223489	2017-03-01	2 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	302,40	317,52	142,58	C.0.15.	bezpłatny	0 zł

Załącznik C.0.01.

ACIDUM LEVOFOLINICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
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 *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
2	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
3	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
4	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
5	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
6	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
7	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

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 MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
2	**EPOETINUM ALPHA**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
3	**EPOETINUM ALPHA**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
4	**EPOETINUM ALPHA**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
5	**EPOETINUM ALPHA**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
6	**EPOETINUM ALPHA**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
7	**EPOETINUM ALPHA**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	**EPOETINUM ALPHA**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

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	**ONDANSETRONUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.10.

PEGFILGRASTIMUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	**PEGFILGRASTIMUM**	SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB ZMNIEJSZENIE 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**APREPITANTUM**	WCZESNE ALBO OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE >70 MG/M^2 – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.13.

LIPEGFILGRASTIMUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	**LIPEGFILGRASTIMUM**	SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB ZMNIEJSZENIE 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.0.14.a.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA STANDARDOWEGO LUB POŚREDNIEGO RYZYKA - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		NOWOTWORY LITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII

Załącznik C.0.15.

VORICONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**VORICONAZOLUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.16.

NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**	NUDNOŚCI I WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE ≥ 50 MG/M^2 – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.17.

DEXAMETHASONI PHOSPHAS

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**DEXAMETHASONI PHOSPHAS**	PREMEDYKACJA PRZED PODANIEM PAKLITAKSELU W CELU ZMNIEJSZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA REAKCJI NADWRAŻLIWOŚCI U PACJENTÓW Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM

Załącznik C.1.

ASPARAGINASUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ASPARAGINASUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2	**ASPARAGINASUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3	**ASPARAGINASUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4	**ASPARAGINASUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5	**ASPARAGINASUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6	**ASPARAGINASUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7	**ASPARAGINASUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8	**ASPARAGINASUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9	**ASPARAGINASUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10	**ASPARAGINASUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11	**ASPARAGINASUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY, (ROZLANY)
12	**ASPARAGINASUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13	**ASPARAGINASUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14	**ASPARAGINASUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15	**ASPARAGINASUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16	**ASPARAGINASUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17	**ASPARAGINASUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18	**ASPARAGINASUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	**ASPARAGINASUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20	**ASPARAGINASUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
21	**ASPARAGINASUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22	**ASPARAGINASUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23	**ASPARAGINASUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24	**ASPARAGINASUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25	**ASPARAGINASUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26	**ASPARAGINASUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27	**ASPARAGINASUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28	**ASPARAGINASUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29	**ASPARAGINASUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30	**ASPARAGINASUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
31	**ASPARAGINASUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
32	**ASPARAGINASUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
33	**ASPARAGINASUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
34	**ASPARAGINASUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
35	**ASPARAGINASUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36	**ASPARAGINASUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
37	**ASPARAGINASUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38	**ASPARAGINASUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
39	**ASPARAGINASUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
40	**ASPARAGINASUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
41	**ASPARAGINASUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
42	**ASPARAGINASUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**ASPARAGINASUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
44	**ASPARAGINASUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45	**ASPARAGINASUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
46	**ASPARAGINASUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47	**ASPARAGINASUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA

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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**BLEOMYCIN SULPHATE**	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	**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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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	OPŁUCNA
93	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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 PRZEKRACZAJACE 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 OPŁUCNEJ
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	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
153	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
154	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.3	PRZYMACICZA
155	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
156	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.7	INNE OKRESLONE 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
178	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.0	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
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 PĘCHERZA 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	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
230	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
231	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
232	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
233	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
234	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
235	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
236	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
237	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
238	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
239	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
240	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
241	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
242	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
243	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
244	BLEOMYCIN SULPHATE	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
245	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
246	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
247	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
248	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
249	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
250	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
251	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
252	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA

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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
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 NADMIAREM BLASTÓW
17	**BUSULFANUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
23	**CAPECITABINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
24	**CAPECITABINUM**	C50	NOWOTWÓR 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CAPECITABINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
2	**CAPECITABINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
3	**CAPECITABINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
4	**CAPECITABINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
5	**CAPECITABINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
6	**CAPECITABINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
7	**CAPECITABINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
8	**CAPECITABINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
9	**CAPECITABINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*

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 *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
2	**CAPECITABINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
3	**CAPECITABINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
4	**CAPECITABINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
5	**CAPECITABINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
6	**CAPECITABINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIE OKREŚLONE *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*

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 DZIĄSŁA
21.	**CARBOPLATINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**CARBOPLATINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**CARBOPLATINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, 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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE 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 ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**CARBOPLATINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**CARBOPLATINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**CARBOPLATINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU 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 PRZEŁYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią
79.	**CARBOPLATINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią
80.	**CARBOPLATINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią.
81.	**CARBOPLATINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku 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 JELITA CIENKIEGO
93.	**CARBOPLATINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
94.	**CARBOPLATINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
95.	**CARBOPLATINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
96.	**CARBOPLATINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
97.	**CARBOPLATINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
98.	**CARBOPLATINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
99.	**CARBOPLATINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA 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 ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
118.	**CARBOPLATINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
119.	**CARBOPLATINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH 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 ŻÓŁCIOWEGO
126.	**CARBOPLATINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
127.	**CARBOPLATINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
128.	**CARBOPLATINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
129.	**CARBOPLATINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
130.	**CARBOPLATINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, 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 OPŁUCNEJ
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	OPŁUCNA
169.	**CARBOPLATINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
173.	**CARBOPLATINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE 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	PRZYMACICZA
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	PŁAT CIEMIENOWY
322.	**CARBOPLATINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
323.	**CARBOPLATINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
324.	**CARBOPLATINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
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	KŁĘBEK SZYJNY
348.	**CARBOPLATINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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 WNĘTRZA 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
367.	**CARBOPLATINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
368.	**CARBOPLATINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
369.	**CARBOPLATINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
370.	**CARBOPLATINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
371.	**CARBOPLATINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
372.	**CARBOPLATINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
373.	**CARBOPLATINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
374.	**CARBOPLATINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
375.	**CARBOPLATINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
376.	**CARBOPLATINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
377.	**CARBOPLATINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
378.	**CARBOPLATINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
379.	**CARBOPLATINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	**CARBOPLATINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
381.	**CARBOPLATINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
382.	**CARBOPLATINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
383.	**CARBOPLATINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
384.	**CARBOPLATINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
385.	**CARBOPLATINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
386.	**CARBOPLATINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
387.	**CARBOPLATINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
388.	**CARBOPLATINUM**	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	ZMNIEJSZENIE 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) BURKITTA

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	MIĘSAK 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 WALDENSTRÖMA
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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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 JELITA
490.	**CARBOPLATINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
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	PĘCHERZ 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	PRZEŁYK
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 JELITA CIENKIEGO
554.	**CARBOPLATINUM**	D13.4	WĄTROBA
555.	**CARBOPLATINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE 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 PRZYZWOJOWE
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 NOWOTWÓR 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 NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	**CARBOPLATINUM**	D37	NOWOTWÓR 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, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
663.	**CARBOPLATINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	**CARBOPLATINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	**CARBOPLATINUM**	D38	NOWOTWÓR 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	OPŁUCNA
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 PRZYZWOJOWE
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, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	**CARBOPLATINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO 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,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
732.	**CARBOPLATINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
733.	**CARBOPLATINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
734.	**CARBOPLATINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
735.	**CARBOPLATINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
736.	**CARBOPLATINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
737.	**CARBOPLATINUM**	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	MIĘSAK 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 WALDENSTRÖMA
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 SPOWODOANA INNYMI CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI
5	**CICLOSPORINUM**	D61.3	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA IDIOPATYCZNA
6	**CICLOSPORINUM**	D61.8	INNE OKREŚLONE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
7	**CICLOSPORINUM**	D61.9	NIEOKRESLONA 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 DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**CISPLATINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**CISPLATINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**CISPLATINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**CISPLATINUM**	C04	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**CISPLATINUM**	C08	NOWOTWÓR 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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**CISPLATINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**CISPLATINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU 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	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**CISPLATINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**CISPLATINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**CISPLATINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**CISPLATINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I 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 PRZEŁYKU
79	**CISPLATINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**CISPLATINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**CISPLATINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**CISPLATINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**CISPLATINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**CISPLATINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**CISPLATINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**CISPLATINUM**	C15.9	PRZEŁYK, 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	**CISPLATINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99	**CISPLATINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100	**CISPLATINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101	**CISPLATINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102	**CISPLATINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	**CISPLATINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	**CISPLATINUM**	C18	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	**CISPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	**CISPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR 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 ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	**CISPLATINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	**CISPLATINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	**CISPLATINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131	**CISPLATINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132	**CISPLATINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133	**CISPLATINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	**CISPLATINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135	**CISPLATINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	**CISPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR 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 SITOWE
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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
176	**CISPLATINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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	OPŁUCNA
182	**CISPLATINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
183	**CISPLATINUM**	C39	NOWOTWÓR 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 PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
186	**CISPLATINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
187	**CISPLATINUM**	C40	NOWOTWÓR 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 TUŁOWIA
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
223	**CISPLATINUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
224	**CISPLATINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
225	**CISPLATINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
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 TUŁOWIA, 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
246	**CISPLATINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
247	**CISPLATINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
248	**CISPLATINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
249	**CISPLATINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
250	**CISPLATINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
251	**CISPLATINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
252	**CISPLATINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
253	**CISPLATINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
254	**CISPLATINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
255	**CISPLATINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
256	**CISPLATINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
257	**CISPLATINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
258	**CISPLATINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
259	**CISPLATINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
260	**CISPLATINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
261	**CISPLATINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
262	**CISPLATINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
263	**CISPLATINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
264	**CISPLATINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
265	**CISPLATINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
266	**CISPLATINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
267	**CISPLATINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
268	**CISPLATINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
269	**CISPLATINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
270	**CISPLATINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
271	**CISPLATINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
272	**CISPLATINUM**	C53	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
278	**CISPLATINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
279	**CISPLATINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
280	**CISPLATINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
285	**CISPLATINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
286	**CISPLATINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
287	**CISPLATINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
288	**CISPLATINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
289	**CISPLATINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
290	**CISPLATINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
296	**CISPLATINUM**	C60	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
303	**CISPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
304	**CISPLATINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
305	**CISPLATINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
306	**CISPLATINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
307	**CISPLATINUM**	C63	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
315	**CISPLATINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
316	**CISPLATINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
317	**CISPLATINUM**	C67	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
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	KŁĘBEK SZYJNY
378	**CISPLATINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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 WNĘTRZA 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 ODDECHOWEGI 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 PĘCHERZA 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	MIĘSAK 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 WALDENSTRÖMA
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 DOROSŁYCH 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	MIĘSAK 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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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 ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
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	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
536	**CISPLATINUM**	D06.1	BŁONA 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	BŁONA 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	PRZEŁYK

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 ŻÓŁCIOWE 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 DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
603	**CISPLATINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
604	**CISPLATINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE 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	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
632	**CISPLATINUM**	D29.0	PRĄCIE
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	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
640	**CISPLATINUM**	D30.0	NERKA
641	**CISPLATINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
642	**CISPLATINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
643	**CISPLATINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
644	**CISPLATINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
645	**CISPLATINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
646	**CISPLATINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
647	**CISPLATINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR 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, NADNAMIOTOWE
662	**CISPLATINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
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	SZYSZYNKA
674	**CISPLATINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
675	**CISPLATINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
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	ŚRÓDPIERSIE
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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	PĘCHERZ MOCZOWY
719	**CISPLATINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
720	**CISPLATINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
721	**CISPLATINUM**	D42	NOWOTWÓR 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	KŁĘBEK SZYJNY
741	**CISPLATINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
746	**CISPLATINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO 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 ZAOTRZEWNOWA
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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
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 (ROZLANY)
14	**CLADRIBINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
15	**CLADRIBINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	**CLADRIBINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
17	**CLADRIBINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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 NADMIAREM BLASTÓW
89	**CLADRIBINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
90	**CLADRIBINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ

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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	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	**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 (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	UCHYŁEK 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 ODBYTNICY
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 ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

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 ŻÓŁCIOWYCH 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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 OPŁUCNEJ

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	OPŁUCNA
166	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA 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 PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
208	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47	NOWOTWORY 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWORY 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
256	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
257	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
258	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
263	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
264	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
266	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
267	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
268	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.3	PRZYMACICZA
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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
274	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
275	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.0	NAPLETEK
276	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ 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 PĘCHERZA MOCZOWEGO
296	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
300	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
303	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
304	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
305	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ 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	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
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	SZYSZYNKA
355	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
356	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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 WNĘTRZA 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 ODDECHOWEGI 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 ODBYTNICY
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 PĘCHERZA 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	ZMNIEJSZENIE 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 WALDENSTRÖMA
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 PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
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 DOROSŁYCH 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	MIĘSAK 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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
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	PĘCHERZ 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 ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
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 DŁUGIE 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	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
590	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
591	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
592	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
593	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
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, NADNAMIOTOWE
647	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
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	SZYSZYNKA
660	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
661	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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, PĘCHERZYK 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	OPŁUCNA
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	PĘCHERZ 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	KŁĘBEK SZYJNY
727	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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, KRWIOTWÓTRCZEGO 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, KRWIOTWÓTRCZEGO 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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
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	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
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 PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
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	MIĘSAK 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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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 BLASTÓW
141	**CYTARABINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW 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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
153	**CYTARABINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
154	**CYTARABINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.15.

CYTARABINUM DEPOCYTE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
11	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C81	CHOROBA HODGKINA
12	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
13	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
14	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
15	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
16	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
17	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
18	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
19	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
21	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
22	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
23	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
24	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
25	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
26	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
27	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
28	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
29	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
30	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
31	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
32	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
33	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
34	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
35	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
36	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
37	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
38	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
39	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
40	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
41	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
42	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
44	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
45	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
46	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
47	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
48	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
49	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
50	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
51	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
52	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
53	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
54	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
55	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
56	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C92	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
58	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
59	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
60	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
61	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
62	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
63	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
64	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
65	**CYTARABINUM DEPOCYTE**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY

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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**DACARBAZINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**DACARBAZINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**DACARBAZINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**DACARBAZINUM**	C04	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**DACARBAZINUM**	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	**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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**DACARBAZINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**DACARBAZINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**DACARBAZINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	UCHYŁEK 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 ODBYTNICY
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 ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

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 ŻÓŁCIOWYCH 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**DACARBAZINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**DACARBAZINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**DACARBAZINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**DACARBAZINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**DACARBAZINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**DACARBAZINUM**	C25	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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 OPŁUCNEJ
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	OPŁUCNA
158	**DACARBAZINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
159	**DACARBAZINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI 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 PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA 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 DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
165	**DACARBAZINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
166	**DACARBAZINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE 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 PRZEKRACZAJACE 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	MIĘŚNIÓWKA 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	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
248	**DACARBAZINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
255	**DACARBAZINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
256	**DACARBAZINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
257	**DACARBAZINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
258	**DACARBAZINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
259	**DACARBAZINUM**	C63	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
267	**DACARBAZINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
268	**DACARBAZINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
269	**DACARBAZINUM**	C67	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
296	**DACARBAZINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
297	**DACARBAZINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
298	**DACARBAZINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
299	**DACARBAZINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	**DACARBAZINUM**	C71.0	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
307	**DACARBAZINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
308	**DACARBAZINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
309	**DACARBAZINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
310	**DACARBAZINUM**	C72	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
320	**DACARBAZINUM**	C74	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	KŁĘBEK SZYJNY
330	**DACARBAZINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
331	**DACARBAZINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
332	**DACARBAZINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
333	**DACARBAZINUM**	C76	NOWOTWÓR 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 WNĘTRZA 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 ODDECHOWEGI 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 PĘCHERZA 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 WALDENSTRÖMA
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 PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
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 KĄTEM OKA
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	NOWOTWÓR 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	PRZEŁYK

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 ŻÓŁCIOWE 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 DŁUGIE 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	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
564	**DACARBAZINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
565	**DACARBAZINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
566	**DACARBAZINUM**	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
567	**DACARBAZINUM**	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
568	**DACARBAZINUM**	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
569	**DACARBAZINUM**	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
570	**DACARBAZINUM**	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
571	**DACARBAZINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
572	**DACARBAZINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
573	**DACARBAZINUM**	D20.1	OTRZEWNA
574	**DACARBAZINUM**	D21	INNE NOWOTWORY 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 PRZYZWOJOWE
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, PĘCHERZYK 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	PĘCHERZ 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	SZYSZYNKA
700	**DACARBAZINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
701	**DACARBAZINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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 BLASTÓW
709	**DACARBAZINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW 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, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
714	**DACARBAZINUM**	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
715	**DACARBAZINUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
736	**DACARBAZINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
737	**DACARBAZINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
738	**DACARBAZINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
739	**DACARBAZINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.19.

DOCETAXELUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DOCETAXELUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**DOCETAXELUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**DOCETAXELUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**DOCETAXELUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**DOCETAXELUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**DOCETAXELUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**DOCETAXELUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**DOCETAXELUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**DOCETAXELUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**DOCETAXELUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**DOCETAXELUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**DOCETAXELUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**DOCETAXELUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**DOCETAXELUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**DOCETAXELUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**DOCETAXELUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**DOCETAXELUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**DOCETAXELUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**DOCETAXELUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	**DOCETAXELUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**DOCETAXELUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22	**DOCETAXELUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**DOCETAXELUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**DOCETAXELUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**DOCETAXELUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**DOCETAXELUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**DOCETAXELUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**DOCETAXELUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**DOCETAXELUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**DOCETAXELUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**DOCETAXELUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**DOCETAXELUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**DOCETAXELUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**DOCETAXELUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**DOCETAXELUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**DOCETAXELUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**DOCETAXELUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**DOCETAXELUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**DOCETAXELUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**DOCETAXELUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**DOCETAXELUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**DOCETAXELUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	**DOCETAXELUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**DOCETAXELUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**DOCETAXELUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**DOCETAXELUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**DOCETAXELUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48	**DOCETAXELUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**DOCETAXELUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**DOCETAXELUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**DOCETAXELUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**DOCETAXELUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**DOCETAXELUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**DOCETAXELUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**DOCETAXELUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**DOCETAXELUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**DOCETAXELUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**DOCETAXELUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**DOCETAXELUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**DOCETAXELUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**DOCETAXELUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**DOCETAXELUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**DOCETAXELUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**DOCETAXELUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**DOCETAXELUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**DOCETAXELUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**DOCETAXELUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**DOCETAXELUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**DOCETAXELUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**DOCETAXELUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**DOCETAXELUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**DOCETAXELUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**DOCETAXELUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74	**DOCETAXELUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**DOCETAXELUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**DOCETAXELUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**DOCETAXELUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**DOCETAXELUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**DOCETAXELUM**	C16.0	WPUST
80	**DOCETAXELUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**DOCETAXELUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**DOCETAXELUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**DOCETAXELUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**DOCETAXELUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**DOCETAXELUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**DOCETAXELUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**DOCETAXELUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**DOCETAXELUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
89	**DOCETAXELUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
90	**DOCETAXELUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
91	**DOCETAXELUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
92	**DOCETAXELUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
93	**DOCETAXELUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
94	**DOCETAXELUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
95	**DOCETAXELUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
96	**DOCETAXELUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	**DOCETAXELUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
98	**DOCETAXELUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99	**DOCETAXELUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
100	**DOCETAXELUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
101	**DOCETAXELUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
102	**DOCETAXELUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
103	**DOCETAXELUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
104	**DOCETAXELUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
105	**DOCETAXELUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
106	**DOCETAXELUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
107	**DOCETAXELUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
108	**DOCETAXELUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
109	**DOCETAXELUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
110	**DOCETAXELUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
111	**DOCETAXELUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
112	**DOCETAXELUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
113	**DOCETAXELUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
114	**DOCETAXELUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
115	**DOCETAXELUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
116	**DOCETAXELUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
117	**DOCETAXELUM**	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.	**DOXORUBICINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**DOXORUBICINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**DOXORUBICINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**DOXORUBICINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**DOXORUBICINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**DOXORUBICINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**DOXORUBICINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**DOXORUBICINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**DOXORUBICINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**DOXORUBICINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**DOXORUBICINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**DOXORUBICINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**DOXORUBICINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**DOXORUBICINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**DOXORUBICINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**DOXORUBICINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**DOXORUBICINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**DOXORUBICINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**DOXORUBICINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**DOXORUBICINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**DOXORUBICINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**DOXORUBICINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**DOXORUBICINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**DOXORUBICINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	**DOXORUBICINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**DOXORUBICINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**DOXORUBICINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**DOXORUBICINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**DOXORUBICINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**DOXORUBICINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**DOXORUBICINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**DOXORUBICINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**DOXORUBICINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**DOXORUBICINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**DOXORUBICINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**DOXORUBICINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**DOXORUBICINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**DOXORUBICINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**DOXORUBICINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**DOXORUBICINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**DOXORUBICINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**DOXORUBICINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**DOXORUBICINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**DOXORUBICINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**DOXORUBICINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**DOXORUBICINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**DOXORUBICINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**DOXORUBICINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68.	**DOXORUBICINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**DOXORUBICINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**DOXORUBICINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**DOXORUBICINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**DOXORUBICINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**DOXORUBICINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**DOXORUBICINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**DOXORUBICINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**DOXORUBICINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**DOXORUBICINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**DOXORUBICINUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79.	**DOXORUBICINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80.	**DOXORUBICINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81.	**DOXORUBICINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82.	**DOXORUBICINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83.	**DOXORUBICINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84.	**DOXORUBICINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85.	**DOXORUBICINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86.	**DOXORUBICINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87.	**DOXORUBICINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88.	**DOXORUBICINUM**	C16.0	WPUST
89.	**DOXORUBICINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90.	**DOXORUBICINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91.	**DOXORUBICINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
92.	**DOXORUBICINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
93.	**DOXORUBICINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94.	**DOXORUBICINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95.	**DOXORUBICINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96.	**DOXORUBICINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97.	**DOXORUBICINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98.	**DOXORUBICINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99.	**DOXORUBICINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100.	**DOXORUBICINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101.	**DOXORUBICINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102.	**DOXORUBICINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103.	**DOXORUBICINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104.	**DOXORUBICINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105.	**DOXORUBICINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106.	**DOXORUBICINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107.	**DOXORUBICINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108.	**DOXORUBICINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109.	**DOXORUBICINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110.	**DOXORUBICINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111.	**DOXORUBICINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112.	**DOXORUBICINUM**	C18.7	ESICA
113.	**DOXORUBICINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114.	**DOXORUBICINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115.	**DOXORUBICINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116.	**DOXORUBICINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
117.	**DOXORUBICINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118.	**DOXORUBICINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119.	**DOXORUBICINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120.	**DOXORUBICINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121.	**DOXORUBICINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122.	**DOXORUBICINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123.	**DOXORUBICINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124.	**DOXORUBICINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125.	**DOXORUBICINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126.	**DOXORUBICINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127.	**DOXORUBICINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128.	**DOXORUBICINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129.	**DOXORUBICINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130.	**DOXORUBICINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131.	**DOXORUBICINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132.	**DOXORUBICINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133.	**DOXORUBICINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134.	**DOXORUBICINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135.	**DOXORUBICINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136.	**DOXORUBICINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137.	**DOXORUBICINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138.	**DOXORUBICINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139.	**DOXORUBICINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
140.	**DOXORUBICINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
141.	**DOXORUBICINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142.	**DOXORUBICINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143.	**DOXORUBICINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144.	**DOXORUBICINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145.	**DOXORUBICINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146.	**DOXORUBICINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147.	**DOXORUBICINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
148.	**DOXORUBICINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149.	**DOXORUBICINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150.	**DOXORUBICINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151.	**DOXORUBICINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
152.	**DOXORUBICINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153.	**DOXORUBICINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	**DOXORUBICINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155.	**DOXORUBICINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156.	**DOXORUBICINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157.	**DOXORUBICINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158.	**DOXORUBICINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159.	**DOXORUBICINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160.	**DOXORUBICINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
161.	**DOXORUBICINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
162.	**DOXORUBICINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
163.	**DOXORUBICINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
164.	**DOXORUBICINUM**	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.	**DOXORUBICINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
166.	**DOXORUBICINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
167.	**DOXORUBICINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
168.	**DOXORUBICINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
169.	**DOXORUBICINUM**	C38.0	SERCE
170.	**DOXORUBICINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
171.	**DOXORUBICINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
172.	**DOXORUBICINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
173.	**DOXORUBICINUM**	C38.4	OPŁUCNA
174.	**DOXORUBICINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
175.	**DOXORUBICINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
176.	**DOXORUBICINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
177.	**DOXORUBICINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
178.	**DOXORUBICINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
179.	**DOXORUBICINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
180.	**DOXORUBICINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181.	**DOXORUBICINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
182.	**DOXORUBICINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183.	**DOXORUBICINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
184.	**DOXORUBICINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
185.	**DOXORUBICINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
186.	**DOXORUBICINUM**	C41	NOWOTWÓR 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.	**DOXORUBICINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
188.	**DOXORUBICINUM**	C41.1	ŻUCHWA
189.	**DOXORUBICINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
190.	**DOXORUBICINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
191.	**DOXORUBICINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
192.	**DOXORUBICINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
193.	**DOXORUBICINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
194.	**DOXORUBICINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
195.	**DOXORUBICINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
196.	**DOXORUBICINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
197.	**DOXORUBICINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
198.	**DOXORUBICINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
199.	**DOXORUBICINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
200.	**DOXORUBICINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
201.	**DOXORUBICINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
202.	**DOXORUBICINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
203.	**DOXORUBICINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
204.	**DOXORUBICINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
205.	**DOXORUBICINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
206.	**DOXORUBICINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
207.	**DOXORUBICINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
208.	**DOXORUBICINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
209.	**DOXORUBICINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210.	**DOXORUBICINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
211.	**DOXORUBICINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
212.	**DOXORUBICINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
213.	**DOXORUBICINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
214.	**DOXORUBICINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
215.	**DOXORUBICINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
216.	**DOXORUBICINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
217.	**DOXORUBICINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
218.	**DOXORUBICINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
219.	**DOXORUBICINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	**DOXORUBICINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
221.	**DOXORUBICINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
222.	**DOXORUBICINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
223.	**DOXORUBICINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
224.	**DOXORUBICINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
225.	**DOXORUBICINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
226.	**DOXORUBICINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
227.	**DOXORUBICINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
228.	**DOXORUBICINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
229.	**DOXORUBICINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
230.	**DOXORUBICINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
231.	**DOXORUBICINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
232.	**DOXORUBICINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
233.	**DOXORUBICINUM**	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.	**DOXORUBICINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
235.	**DOXORUBICINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
236.	**DOXORUBICINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
237.	**DOXORUBICINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
238.	**DOXORUBICINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
239.	**DOXORUBICINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
240.	**DOXORUBICINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
241.	**DOXORUBICINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
242.	**DOXORUBICINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
243.	**DOXORUBICINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
244.	**DOXORUBICINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
245.	**DOXORUBICINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
246.	**DOXORUBICINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
247.	**DOXORUBICINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
248.	**DOXORUBICINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
249.	**DOXORUBICINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
250.	**DOXORUBICINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
251.	**DOXORUBICINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
252.	**DOXORUBICINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
253.	**DOXORUBICINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
254.	**DOXORUBICINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
255.	**DOXORUBICINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
256.	**DOXORUBICINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
257.	**DOXORUBICINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
258.	**DOXORUBICINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
259.	**DOXORUBICINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
260.	**DOXORUBICINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
261.	**DOXORUBICINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
262.	**DOXORUBICINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
263.	**DOXORUBICINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
264.	**DOXORUBICINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
265.	**DOXORUBICINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
266.	**DOXORUBICINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
267.	**DOXORUBICINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
268.	**DOXORUBICINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
269.	**DOXORUBICINUM**	C54.3	DNO MACICY
270.	**DOXORUBICINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
271.	**DOXORUBICINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
272.	**DOXORUBICINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
273.	**DOXORUBICINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
274.	**DOXORUBICINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	**DOXORUBICINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
276.	**DOXORUBICINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
277.	**DOXORUBICINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
278.	**DOXORUBICINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
279.	**DOXORUBICINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
280.	**DOXORUBICINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
281.	**DOXORUBICINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
282.	**DOXORUBICINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	**DOXORUBICINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	**DOXORUBICINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	**DOXORUBICINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	**DOXORUBICINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	**DOXORUBICINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	**DOXORUBICINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	**DOXORUBICINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
290.	**DOXORUBICINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	**DOXORUBICINUM**	C63.2	MOSZNA
292.	**DOXORUBICINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	**DOXORUBICINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	**DOXORUBICINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	**DOXORUBICINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	**DOXORUBICINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	**DOXORUBICINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	**DOXORUBICINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	**DOXORUBICINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	**DOXORUBICINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
301.	**DOXORUBICINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	**DOXORUBICINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	**DOXORUBICINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	**DOXORUBICINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	**DOXORUBICINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
306.	**DOXORUBICINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
307.	**DOXORUBICINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	**DOXORUBICINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	**DOXORUBICINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	**DOXORUBICINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	**DOXORUBICINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	**DOXORUBICINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	**DOXORUBICINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	**DOXORUBICINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	**DOXORUBICINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
316.	**DOXORUBICINUM**	C69.1	ROGÓWKA
317.	**DOXORUBICINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
318.	**DOXORUBICINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	**DOXORUBICINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	**DOXORUBICINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	**DOXORUBICINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
322.	**DOXORUBICINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	**DOXORUBICINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	**DOXORUBICINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
325.	**DOXORUBICINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	**DOXORUBICINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	**DOXORUBICINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	**DOXORUBICINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	**DOXORUBICINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
330.	**DOXORUBICINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	**DOXORUBICINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	**DOXORUBICINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	**DOXORUBICINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	**DOXORUBICINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	**DOXORUBICINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
336.	**DOXORUBICINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	**DOXORUBICINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	**DOXORUBICINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	**DOXORUBICINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	**DOXORUBICINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	**DOXORUBICINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	**DOXORUBICINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	**DOXORUBICINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	**DOXORUBICINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	**DOXORUBICINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	**DOXORUBICINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	**DOXORUBICINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
348.	**DOXORUBICINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	**DOXORUBICINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	**DOXORUBICINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	**DOXORUBICINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	**DOXORUBICINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
353.	**DOXORUBICINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	**DOXORUBICINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	**DOXORUBICINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	**DOXORUBICINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	**DOXORUBICINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
358.	**DOXORUBICINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	**DOXORUBICINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
360.	**DOXORUBICINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	**DOXORUBICINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	**DOXORUBICINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	**DOXORUBICINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	**DOXORUBICINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	**DOXORUBICINUM**	C76.2	BRZUCH
366.	**DOXORUBICINUM**	C76.3	MIEDNICA
367.	**DOXORUBICINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	**DOXORUBICINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	**DOXORUBICINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	**DOXORUBICINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371.	**DOXORUBICINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	**DOXORUBICINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	**DOXORUBICINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	**DOXORUBICINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	**DOXORUBICINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
376.	**DOXORUBICINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	**DOXORUBICINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	**DOXORUBICINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	**DOXORUBICINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	**DOXORUBICINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
381.	**DOXORUBICINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	**DOXORUBICINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	**DOXORUBICINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	**DOXORUBICINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	**DOXORUBICINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	**DOXORUBICINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	**DOXORUBICINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	**DOXORUBICINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	**DOXORUBICINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	**DOXORUBICINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	**DOXORUBICINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	**DOXORUBICINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
393.	**DOXORUBICINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	**DOXORUBICINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	**DOXORUBICINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	**DOXORUBICINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	**DOXORUBICINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
398.	**DOXORUBICINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	**DOXORUBICINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	**DOXORUBICINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	**DOXORUBICINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	**DOXORUBICINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	**DOXORUBICINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	**DOXORUBICINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	**DOXORUBICINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	**DOXORUBICINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	**DOXORUBICINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	**DOXORUBICINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	**DOXORUBICINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	**DOXORUBICINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	**DOXORUBICINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	**DOXORUBICINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	**DOXORUBICINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	**DOXORUBICINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	**DOXORUBICINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
416.	**DOXORUBICINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	**DOXORUBICINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	**DOXORUBICINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	**DOXORUBICINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	**DOXORUBICINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421.	**DOXORUBICINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	**DOXORUBICINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	**DOXORUBICINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	**DOXORUBICINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	**DOXORUBICINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	**DOXORUBICINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	**DOXORUBICINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
428.	**DOXORUBICINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	**DOXORUBICINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	**DOXORUBICINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	**DOXORUBICINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	**DOXORUBICINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	**DOXORUBICINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	**DOXORUBICINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	**DOXORUBICINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	**DOXORUBICINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	**DOXORUBICINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	**DOXORUBICINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	**DOXORUBICINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
440.	**DOXORUBICINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	**DOXORUBICINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	**DOXORUBICINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	**DOXORUBICINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	**DOXORUBICINUM**	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.	**DOXORUBICINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	**DOXORUBICINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	**DOXORUBICINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	**DOXORUBICINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	**DOXORUBICINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	**DOXORUBICINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	**DOXORUBICINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	**DOXORUBICINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	**DOXORUBICINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	**DOXORUBICINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
455.	**DOXORUBICINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	**DOXORUBICINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	**DOXORUBICINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	**DOXORUBICINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	**DOXORUBICINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	**DOXORUBICINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	**DOXORUBICINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	**DOXORUBICINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	**DOXORUBICINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
464.	**DOXORUBICINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	**DOXORUBICINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	**DOXORUBICINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
467.	**DOXORUBICINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
468.	**DOXORUBICINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
469.	**DOXORUBICINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
470.	**DOXORUBICINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
471.	**DOXORUBICINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
472.	**DOXORUBICINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
473.	**DOXORUBICINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
474.	**DOXORUBICINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
475.	**DOXORUBICINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
476.	**DOXORUBICINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
477.	**DOXORUBICINUM**	D01.2	ODBYTNICA
478.	**DOXORUBICINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
479.	**DOXORUBICINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
480.	**DOXORUBICINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
481.	**DOXORUBICINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
482.	**DOXORUBICINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
483.	**DOXORUBICINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
484.	**DOXORUBICINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
485.	**DOXORUBICINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
486.	**DOXORUBICINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
487.	**DOXORUBICINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
488.	**DOXORUBICINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
489.	**DOXORUBICINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
490.	**DOXORUBICINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
491.	**DOXORUBICINUM**	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.	**DOXORUBICINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
493.	**DOXORUBICINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
494.	**DOXORUBICINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
495.	**DOXORUBICINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
496.	**DOXORUBICINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
497.	**DOXORUBICINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
498.	**DOXORUBICINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
499.	**DOXORUBICINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
500.	**DOXORUBICINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
501.	**DOXORUBICINUM**	D07.1	SROM
502.	**DOXORUBICINUM**	D07.2	POCHWA
503.	**DOXORUBICINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
504.	**DOXORUBICINUM**	D07.4	PRĄCIE
505.	**DOXORUBICINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
506.	**DOXORUBICINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
507.	**DOXORUBICINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
508.	**DOXORUBICINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
509.	**DOXORUBICINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
510.	**DOXORUBICINUM**	D09.2	OKO
511.	**DOXORUBICINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
512.	**DOXORUBICINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
513.	**DOXORUBICINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
514.	**DOXORUBICINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
515.	**DOXORUBICINUM**	D10.0	WARGA
516.	**DOXORUBICINUM**	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
517.	**DOXORUBICINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
518.	**DOXORUBICINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
519.	**DOXORUBICINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
520.	**DOXORUBICINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
521.	**DOXORUBICINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
522.	**DOXORUBICINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
523.	**DOXORUBICINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
524.	**DOXORUBICINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
525.	**DOXORUBICINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
526.	**DOXORUBICINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
527.	**DOXORUBICINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
528.	**DOXORUBICINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
529.	**DOXORUBICINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
530.	**DOXORUBICINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
531.	**DOXORUBICINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
532.	**DOXORUBICINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
533.	**DOXORUBICINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
534.	**DOXORUBICINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
535.	**DOXORUBICINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
536.	**DOXORUBICINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
537.	**DOXORUBICINUM**	D12.8	ODBYTNICA
538.	**DOXORUBICINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
539.	**DOXORUBICINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
540.	**DOXORUBICINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
541.	**DOXORUBICINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
542.	**DOXORUBICINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
543.	**DOXORUBICINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
544.	**DOXORUBICINUM**	D13.4	WĄTROBA
545.	**DOXORUBICINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
546.	**DOXORUBICINUM**	D13.6	TRZUSTKA
547.	**DOXORUBICINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
548.	**DOXORUBICINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
549.	**DOXORUBICINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
550.	**DOXORUBICINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
551.	**DOXORUBICINUM**	D14.1	KRTAŃ
552.	**DOXORUBICINUM**	D14.2	TCHAWICA
553.	**DOXORUBICINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
554.	**DOXORUBICINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
555.	**DOXORUBICINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
556.	**DOXORUBICINUM**	D15.0	GRASICA
557.	**DOXORUBICINUM**	D15.1	SERCE
558.	**DOXORUBICINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
559.	**DOXORUBICINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
560.	**DOXORUBICINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
561.	**DOXORUBICINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
562.	**DOXORUBICINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
563.	**DOXORUBICINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
564.	**DOXORUBICINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE 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 POWRÓZKA NASIENNEGO
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.	**DOXORUBICINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	**DOXORUBICINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	**DOXORUBICINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	**DOXORUBICINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	**DOXORUBICINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	**DOXORUBICINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	**DOXORUBICINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	**DOXORUBICINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	**DOXORUBICINUM**	D28.0	SROM
597.	**DOXORUBICINUM**	D28.1	POCHWA
598.	**DOXORUBICINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	**DOXORUBICINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	**DOXORUBICINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	**DOXORUBICINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	**DOXORUBICINUM**	D29.0	PRĄCIE
603.	**DOXORUBICINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	**DOXORUBICINUM**	D29.2	JĄDRO
605.	**DOXORUBICINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
606.	**DOXORUBICINUM**	D29.4	MOSZNA
607.	**DOXORUBICINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	**DOXORUBICINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	**DOXORUBICINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	**DOXORUBICINUM**	D30.0	NERKA
611.	**DOXORUBICINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
612.	**DOXORUBICINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
613.	**DOXORUBICINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	**DOXORUBICINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	**DOXORUBICINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	**DOXORUBICINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	**DOXORUBICINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
618.	**DOXORUBICINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
619.	**DOXORUBICINUM**	D31.1	ROGÓWKA
620.	**DOXORUBICINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
621.	**DOXORUBICINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
622.	**DOXORUBICINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	**DOXORUBICINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	**DOXORUBICINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	**DOXORUBICINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	**DOXORUBICINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
627.	**DOXORUBICINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	**DOXORUBICINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	**DOXORUBICINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	**DOXORUBICINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	**DOXORUBICINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	**DOXORUBICINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	**DOXORUBICINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	**DOXORUBICINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	**DOXORUBICINUM**	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 PRZYZWOJOWE
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.	**DOXORUBICINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	**DOXORUBICINUM**	D37.5	ODBYTNICA
662.	**DOXORUBICINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
663.	**DOXORUBICINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	**DOXORUBICINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	**DOXORUBICINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
666.	**DOXORUBICINUM**	D38.0	KRTAŃ
667.	**DOXORUBICINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
668.	**DOXORUBICINUM**	D38.2	OPŁUCNA
669.	**DOXORUBICINUM**	D38.3	SRÓDPIERSIE
670.	**DOXORUBICINUM**	D38.4	GRASICA
671.	**DOXORUBICINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	**DOXORUBICINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	**DOXORUBICINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	**DOXORUBICINUM**	D39.0	MACICA
675.	**DOXORUBICINUM**	D39.1	JAJNIK
676.	**DOXORUBICINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	**DOXORUBICINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	**DOXORUBICINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	**DOXORUBICINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	**DOXORUBICINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	**DOXORUBICINUM**	D40.1	JĄDRO
682.	**DOXORUBICINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
683.	**DOXORUBICINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	**DOXORUBICINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	**DOXORUBICINUM**	D41.0	NERKA
686.	**DOXORUBICINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	**DOXORUBICINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
688.	**DOXORUBICINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	**DOXORUBICINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	**DOXORUBICINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
691.	**DOXORUBICINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	**DOXORUBICINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	**DOXORUBICINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	**DOXORUBICINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	**DOXORUBICINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	**DOXORUBICINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	**DOXORUBICINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	**DOXORUBICINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	**DOXORUBICINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	**DOXORUBICINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	**DOXORUBICINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	**DOXORUBICINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	**DOXORUBICINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	**DOXORUBICINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	**DOXORUBICINUM**	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
706.	**DOXORUBICINUM**	D44.1	NADNERCZA
707.	**DOXORUBICINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	**DOXORUBICINUM**	D44.3	PRZYSADKA
709.	**DOXORUBICINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	**DOXORUBICINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
711.	**DOXORUBICINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	**DOXORUBICINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
713.	**DOXORUBICINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
714.	**DOXORUBICINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	**DOXORUBICINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	**DOXORUBICINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	**DOXORUBICINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE
718.	**DOXORUBICINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	**DOXORUBICINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	**DOXORUBICINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	**DOXORUBICINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	**DOXORUBICINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
723.	**DOXORUBICINUM**	D48.4	OTRZEWNA
724.	**DOXORUBICINUM**	D48.5	SKÓRA
725.	**DOXORUBICINUM**	D48.6	SUTEK
726.	**DOXORUBICINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
727.	**DOXORUBICINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	**DOXORUBICINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	**DOXORUBICINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	**DOXORUBICINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
731.	**DOXORUBICINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
732.	**DOXORUBICINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
733.	**DOXORUBICINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
734.	**DOXORUBICINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
735.	**DOXORUBICINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
736.	**DOXORUBICINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
737.	**DOXORUBICINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
738.	**DOXORUBICINUM**	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 ≥200mg/m ^{2};

z uwzględnieniem przeciwskazań:

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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
30	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	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 KAPOSI' EGO
2.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
3.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
4.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
5.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
6.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
7.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
8.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
17.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
18.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
19.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
20.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
21.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
22.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
23.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
9	**EPIRUBICINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
10	**EPIRUBICINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
11	**EPIRUBICINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
12	**EPIRUBICINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
13	**EPIRUBICINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
14	**EPIRUBICINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
15	**EPIRUBICINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
16	**EPIRUBICINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
17	**EPIRUBICINUM**	C16	NOWOTWÓR 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	**EPIRUBICINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
22	**EPIRUBICINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
23	**EPIRUBICINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
24	**EPIRUBICINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
25	**EPIRUBICINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
26	**EPIRUBICINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
27	**EPIRUBICINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
28	**EPIRUBICINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
29	**EPIRUBICINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
30	**EPIRUBICINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
31	**EPIRUBICINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
32	**EPIRUBICINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
33	**EPIRUBICINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
34	**EPIRUBICINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35	**EPIRUBICINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
36	**EPIRUBICINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
37	**EPIRUBICINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
38	**EPIRUBICINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
39	**EPIRUBICINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
40	**EPIRUBICINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
41	**EPIRUBICINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
42	**EPIRUBICINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
43	**EPIRUBICINUM**	C41.1	ŻUCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	**EPIRUBICINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
45	**EPIRUBICINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
46	**EPIRUBICINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
47	**EPIRUBICINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
48	**EPIRUBICINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
49	**EPIRUBICINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
50	**EPIRUBICINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
51	**EPIRUBICINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
52	**EPIRUBICINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
53	**EPIRUBICINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
54	**EPIRUBICINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
55	**EPIRUBICINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
56	**EPIRUBICINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
57	**EPIRUBICINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
58	**EPIRUBICINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
59	**EPIRUBICINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
60	**EPIRUBICINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
61	**EPIRUBICINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
62	**EPIRUBICINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
63	**EPIRUBICINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
64	**EPIRUBICINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
65	**EPIRUBICINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
66	**EPIRUBICINUM**	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	**EPIRUBICINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
68	**EPIRUBICINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
69	**EPIRUBICINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
70	**EPIRUBICINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
71	**EPIRUBICINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
72	**EPIRUBICINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
73	**EPIRUBICINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
74	**EPIRUBICINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
75	**EPIRUBICINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
76	**EPIRUBICINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
77	**EPIRUBICINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
78	**EPIRUBICINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
79	**EPIRUBICINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
80	**EPIRUBICINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
81	**EPIRUBICINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
82	**EPIRUBICINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
83	**EPIRUBICINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
84	**EPIRUBICINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
85	**EPIRUBICINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
86	**EPIRUBICINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
87	**EPIRUBICINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
88	**EPIRUBICINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
89	**EPIRUBICINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**EPIRUBICINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
91	**EPIRUBICINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
92	**EPIRUBICINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
93	**EPIRUBICINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
94	**EPIRUBICINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
95	**EPIRUBICINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
96	**EPIRUBICINUM**	C54.3	DNO MACICY
97	**EPIRUBICINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
98	**EPIRUBICINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
99	**EPIRUBICINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
100	**EPIRUBICINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
101	**EPIRUBICINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102	**EPIRUBICINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
103	**EPIRUBICINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
104	**EPIRUBICINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
105	**EPIRUBICINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
106	**EPIRUBICINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
107	**EPIRUBICINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
108	**EPIRUBICINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
109	**EPIRUBICINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
110	**EPIRUBICINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
111	**EPIRUBICINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
112	**EPIRUBICINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
113	**EPIRUBICINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**EPIRUBICINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
115	**EPIRUBICINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
116	**EPIRUBICINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
117	**EPIRUBICINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
118	**EPIRUBICINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
119	**EPIRUBICINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
120	**EPIRUBICINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
121	**EPIRUBICINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
122	**EPIRUBICINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
123	**EPIRUBICINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
124	**EPIRUBICINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
125	**EPIRUBICINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
126	**EPIRUBICINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
127	**EPIRUBICINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
128	**EPIRUBICINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
129	**EPIRUBICINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
130	**EPIRUBICINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
131	**EPIRUBICINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
132	**EPIRUBICINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
133	**EPIRUBICINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
134	**EPIRUBICINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
135	**EPIRUBICINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
136	**EPIRUBICINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**EPIRUBICINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
138	**EPIRUBICINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
139	**EPIRUBICINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
140	**EPIRUBICINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
141	**EPIRUBICINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
142	**EPIRUBICINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
143	**EPIRUBICINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
144	**EPIRUBICINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
145	**EPIRUBICINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
146	**EPIRUBICINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
147	**EPIRUBICINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
148	**EPIRUBICINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
149	**EPIRUBICINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
150	**EPIRUBICINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
151	**EPIRUBICINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
152	**EPIRUBICINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
153	**EPIRUBICINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
154	**EPIRUBICINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
155	**EPIRUBICINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
156	**EPIRUBICINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
157	**EPIRUBICINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
158	**EPIRUBICINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
159	**EPIRUBICINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
160	**EPIRUBICINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**EPIRUBICINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
162	**EPIRUBICINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
163	**EPIRUBICINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
164	**EPIRUBICINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
165	**EPIRUBICINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
166	**EPIRUBICINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
167	**EPIRUBICINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
168	**EPIRUBICINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
169	**EPIRUBICINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
170	**EPIRUBICINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
171	**EPIRUBICINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
172	**EPIRUBICINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
173	**EPIRUBICINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
174	**EPIRUBICINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
175	**EPIRUBICINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
176	**EPIRUBICINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
177	**EPIRUBICINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
178	**EPIRUBICINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
179	**EPIRUBICINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
180	**EPIRUBICINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
181	**EPIRUBICINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
182	**EPIRUBICINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
183	**EPIRUBICINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
184	**EPIRUBICINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	**EPIRUBICINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
186	**EPIRUBICINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
187	**EPIRUBICINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
188	**EPIRUBICINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
189	**EPIRUBICINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
190	**EPIRUBICINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
191	**EPIRUBICINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
192	**EPIRUBICINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
193	**EPIRUBICINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
194	**EPIRUBICINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
195	**EPIRUBICINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
196	**EPIRUBICINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
197	**EPIRUBICINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
198	**EPIRUBICINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
199	**EPIRUBICINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
200	**EPIRUBICINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
201	**EPIRUBICINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
202	**EPIRUBICINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
203	**EPIRUBICINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
204	**EPIRUBICINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
205	**EPIRUBICINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
206	**EPIRUBICINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	**EPIRUBICINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
208	**EPIRUBICINUM**	D48.4	OTRZEWNA
209	**EPIRUBICINUM**	D48.5	SKÓRA
210	**EPIRUBICINUM**	D48.6	SUTEK
211	**EPIRUBICINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
212	**EPIRUBICINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
213	**EPIRUBICINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
214	**EPIRUBICINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
215	**EPIRUBICINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
216	**EPIRUBICINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
217	**EPIRUBICINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
218	**EPIRUBICINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
219	**EPIRUBICINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
220	**EPIRUBICINUM**	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	**ETOPOSIDUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**ETOPOSIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**ETOPOSIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**ETOPOSIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**ETOPOSIDUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**ETOPOSIDUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**ETOPOSIDUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**ETOPOSIDUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**ETOPOSIDUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**ETOPOSIDUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**ETOPOSIDUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**ETOPOSIDUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**ETOPOSIDUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**ETOPOSIDUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**ETOPOSIDUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**ETOPOSIDUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**ETOPOSIDUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**ETOPOSIDUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**ETOPOSIDUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**ETOPOSIDUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**ETOPOSIDUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**ETOPOSIDUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**ETOPOSIDUM**	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	**ETOPOSIDUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**ETOPOSIDUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**ETOPOSIDUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**ETOPOSIDUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**ETOPOSIDUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**ETOPOSIDUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**ETOPOSIDUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**ETOPOSIDUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**ETOPOSIDUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**ETOPOSIDUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**ETOPOSIDUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**ETOPOSIDUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**ETOPOSIDUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**ETOPOSIDUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**ETOPOSIDUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**ETOPOSIDUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**ETOPOSIDUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**ETOPOSIDUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**ETOPOSIDUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**ETOPOSIDUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**ETOPOSIDUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**ETOPOSIDUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**ETOPOSIDUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**ETOPOSIDUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**ETOPOSIDUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**ETOPOSIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**ETOPOSIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**ETOPOSIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**ETOPOSIDUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**ETOPOSIDUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**ETOPOSIDUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**ETOPOSIDUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**ETOPOSIDUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**ETOPOSIDUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**ETOPOSIDUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**ETOPOSIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**ETOPOSIDUM**	C16.0	WPUST
80	**ETOPOSIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**ETOPOSIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**ETOPOSIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**ETOPOSIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**ETOPOSIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**ETOPOSIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**ETOPOSIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**ETOPOSIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**ETOPOSIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**ETOPOSIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**ETOPOSIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**ETOPOSIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**ETOPOSIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**ETOPOSIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**ETOPOSIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**ETOPOSIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	**ETOPOSIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	**ETOPOSIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	**ETOPOSIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	**ETOPOSIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	**ETOPOSIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	**ETOPOSIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	**ETOPOSIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	**ETOPOSIDUM**	C18.7	ESICA
104	**ETOPOSIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	**ETOPOSIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	**ETOPOSIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	**ETOPOSIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	**ETOPOSIDUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	**ETOPOSIDUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	**ETOPOSIDUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	**ETOPOSIDUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	**ETOPOSIDUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**ETOPOSIDUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**ETOPOSIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**ETOPOSIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**ETOPOSIDUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**ETOPOSIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**ETOPOSIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**ETOPOSIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**ETOPOSIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	**ETOPOSIDUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**ETOPOSIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**ETOPOSIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**ETOPOSIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**ETOPOSIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**ETOPOSIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**ETOPOSIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**ETOPOSIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**ETOPOSIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**ETOPOSIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**ETOPOSIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**ETOPOSIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**ETOPOSIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**ETOPOSIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**ETOPOSIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**ETOPOSIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	**ETOPOSIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	**ETOPOSIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139	**ETOPOSIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	**ETOPOSIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	**ETOPOSIDUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	**ETOPOSIDUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143	**ETOPOSIDUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	**ETOPOSIDUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	**ETOPOSIDUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	**ETOPOSIDUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	**ETOPOSIDUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	**ETOPOSIDUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	**ETOPOSIDUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	**ETOPOSIDUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	**ETOPOSIDUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	**ETOPOSIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	**ETOPOSIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	**ETOPOSIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	**ETOPOSIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	**ETOPOSIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	**ETOPOSIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	**ETOPOSIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	**ETOPOSIDUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	**ETOPOSIDUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**ETOPOSIDUM**	C38.0	SERCE
162	**ETOPOSIDUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	**ETOPOSIDUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	**ETOPOSIDUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	**ETOPOSIDUM**	C38.4	OPŁUCNA
166	**ETOPOSIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167	**ETOPOSIDUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	**ETOPOSIDUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	**ETOPOSIDUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	**ETOPOSIDUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	**ETOPOSIDUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	**ETOPOSIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	**ETOPOSIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	**ETOPOSIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	**ETOPOSIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	**ETOPOSIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	**ETOPOSIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	**ETOPOSIDUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	**ETOPOSIDUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	**ETOPOSIDUM**	C41.1	ŻUCHWA
181	**ETOPOSIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	**ETOPOSIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	**ETOPOSIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	**ETOPOSIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	**ETOPOSIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	**ETOPOSIDUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	**ETOPOSIDUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	**ETOPOSIDUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	**ETOPOSIDUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	**ETOPOSIDUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	**ETOPOSIDUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	**ETOPOSIDUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	**ETOPOSIDUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	**ETOPOSIDUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	**ETOPOSIDUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	**ETOPOSIDUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	**ETOPOSIDUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
198	**ETOPOSIDUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
199	**ETOPOSIDUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
200	**ETOPOSIDUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
201	**ETOPOSIDUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
202	**ETOPOSIDUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
203	**ETOPOSIDUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
204	**ETOPOSIDUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
205	**ETOPOSIDUM**	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	**ETOPOSIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
207	**ETOPOSIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
208	**ETOPOSIDUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
209	**ETOPOSIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
210	**ETOPOSIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
211	**ETOPOSIDUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
212	**ETOPOSIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
213	**ETOPOSIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
214	**ETOPOSIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
215	**ETOPOSIDUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
216	**ETOPOSIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
217	**ETOPOSIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
218	**ETOPOSIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
219	**ETOPOSIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
220	**ETOPOSIDUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
221	**ETOPOSIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
222	**ETOPOSIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
223	**ETOPOSIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
224	**ETOPOSIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
225	**ETOPOSIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
226	**ETOPOSIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
227	**ETOPOSIDUM**	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	**ETOPOSIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
229	**ETOPOSIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
230	**ETOPOSIDUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
231	**ETOPOSIDUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
232	**ETOPOSIDUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
233	**ETOPOSIDUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
234	**ETOPOSIDUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235	**ETOPOSIDUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
236	**ETOPOSIDUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237	**ETOPOSIDUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
238	**ETOPOSIDUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
239	**ETOPOSIDUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
240	**ETOPOSIDUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
241	**ETOPOSIDUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
242	**ETOPOSIDUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
243	**ETOPOSIDUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
244	**ETOPOSIDUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
245	**ETOPOSIDUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
246	**ETOPOSIDUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
247	**ETOPOSIDUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
248	**ETOPOSIDUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
249	**ETOPOSIDUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
250	**ETOPOSIDUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
251	**ETOPOSIDUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	**ETOPOSIDUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
253	**ETOPOSIDUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
254	**ETOPOSIDUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
255	**ETOPOSIDUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
256	**ETOPOSIDUM**	C54.3	DNO MACICY
257	**ETOPOSIDUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
258	**ETOPOSIDUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
259	**ETOPOSIDUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
260	**ETOPOSIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
261	**ETOPOSIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
262	**ETOPOSIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
263	**ETOPOSIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
264	**ETOPOSIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
265	**ETOPOSIDUM**	C57.3	PRZYMACICZA
266	**ETOPOSIDUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
267	**ETOPOSIDUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
268	**ETOPOSIDUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	**ETOPOSIDUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
270	**ETOPOSIDUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
271	**ETOPOSIDUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
272	**ETOPOSIDUM**	C60.0	NAPLETEK
273	**ETOPOSIDUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
274	**ETOPOSIDUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
275	**ETOPOSIDUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	**ETOPOSIDUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
277	**ETOPOSIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	**ETOPOSIDUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	**ETOPOSIDUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	**ETOPOSIDUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	**ETOPOSIDUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	**ETOPOSIDUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	**ETOPOSIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE
284	**ETOPOSIDUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	**ETOPOSIDUM**	C63.2	MOSZNA
286	**ETOPOSIDUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	**ETOPOSIDUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	**ETOPOSIDUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	**ETOPOSIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	**ETOPOSIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	**ETOPOSIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	**ETOPOSIDUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	**ETOPOSIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	**ETOPOSIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	**ETOPOSIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
296	**ETOPOSIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**ETOPOSIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**ETOPOSIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**ETOPOSIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	**ETOPOSIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
301	**ETOPOSIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**ETOPOSIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	**ETOPOSIDUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	**ETOPOSIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	**ETOPOSIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	**ETOPOSIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	**ETOPOSIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	**ETOPOSIDUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	**ETOPOSIDUM**	C69.0	SPOJÓWKA
310	**ETOPOSIDUM**	C69.1	ROGÓWKA
311	**ETOPOSIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA
312	**ETOPOSIDUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	**ETOPOSIDUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	**ETOPOSIDUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	**ETOPOSIDUM**	C69.6	OCZODÓŁ
316	**ETOPOSIDUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	**ETOPOSIDUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	**ETOPOSIDUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	**ETOPOSIDUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	**ETOPOSIDUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
321	**ETOPOSIDUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	**ETOPOSIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	**ETOPOSIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
324	**ETOPOSIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	**ETOPOSIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	**ETOPOSIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	**ETOPOSIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	**ETOPOSIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	**ETOPOSIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
330	**ETOPOSIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	**ETOPOSIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	**ETOPOSIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	**ETOPOSIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	**ETOPOSIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	**ETOPOSIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
336	**ETOPOSIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	**ETOPOSIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
338	**ETOPOSIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	**ETOPOSIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	**ETOPOSIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	**ETOPOSIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	**ETOPOSIDUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	**ETOPOSIDUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	**ETOPOSIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
345	**ETOPOSIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
346	**ETOPOSIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
347	**ETOPOSIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	**ETOPOSIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	**ETOPOSIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	**ETOPOSIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	**ETOPOSIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
352	**ETOPOSIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
353	**ETOPOSIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
354	**ETOPOSIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	**ETOPOSIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	**ETOPOSIDUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	**ETOPOSIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	**ETOPOSIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	**ETOPOSIDUM**	C76.2	BRZUCH
360	**ETOPOSIDUM**	C76.3	MIEDNICA
361	**ETOPOSIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	**ETOPOSIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	**ETOPOSIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	**ETOPOSIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	**ETOPOSIDUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	**ETOPOSIDUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	**ETOPOSIDUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	**ETOPOSIDUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	**ETOPOSIDUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370	**ETOPOSIDUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
371	**ETOPOSIDUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	**ETOPOSIDUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	**ETOPOSIDUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	**ETOPOSIDUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
375	**ETOPOSIDUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	**ETOPOSIDUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	**ETOPOSIDUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	**ETOPOSIDUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	**ETOPOSIDUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	**ETOPOSIDUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	**ETOPOSIDUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	**ETOPOSIDUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	**ETOPOSIDUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	**ETOPOSIDUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	**ETOPOSIDUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	**ETOPOSIDUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	**ETOPOSIDUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	**ETOPOSIDUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	**ETOPOSIDUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	**ETOPOSIDUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	**ETOPOSIDUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
392	**ETOPOSIDUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	**ETOPOSIDUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	**ETOPOSIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	**ETOPOSIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
396	**ETOPOSIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	**ETOPOSIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	**ETOPOSIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	**ETOPOSIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	**ETOPOSIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	**ETOPOSIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	**ETOPOSIDUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	**ETOPOSIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	**ETOPOSIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	**ETOPOSIDUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	**ETOPOSIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	**ETOPOSIDUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	**ETOPOSIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	**ETOPOSIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	**ETOPOSIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	**ETOPOSIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	**ETOPOSIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	**ETOPOSIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	**ETOPOSIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	**ETOPOSIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	**ETOPOSIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	**ETOPOSIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	**ETOPOSIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	**ETOPOSIDUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	**ETOPOSIDUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
421	**ETOPOSIDUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
422	**ETOPOSIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	**ETOPOSIDUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	**ETOPOSIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	**ETOPOSIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	**ETOPOSIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	**ETOPOSIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	**ETOPOSIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	**ETOPOSIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	**ETOPOSIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	**ETOPOSIDUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	**ETOPOSIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
433	**ETOPOSIDUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	**ETOPOSIDUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	**ETOPOSIDUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	**ETOPOSIDUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	**ETOPOSIDUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	**ETOPOSIDUM**	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	**ETOPOSIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	**ETOPOSIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
441	**ETOPOSIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	**ETOPOSIDUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	**ETOPOSIDUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
444	**ETOPOSIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	**ETOPOSIDUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
446	**ETOPOSIDUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	**ETOPOSIDUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	**ETOPOSIDUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	**ETOPOSIDUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	**ETOPOSIDUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	**ETOPOSIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	**ETOPOSIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	**ETOPOSIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	**ETOPOSIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	**ETOPOSIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	**ETOPOSIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	**ETOPOSIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	**ETOPOSIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	**ETOPOSIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	**ETOPOSIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	**ETOPOSIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	**ETOPOSIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
463	**ETOPOSIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	**ETOPOSIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	**ETOPOSIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	**ETOPOSIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	**ETOPOSIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	**ETOPOSIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	**ETOPOSIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	**ETOPOSIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
471	**ETOPOSIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	**ETOPOSIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	**ETOPOSIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	**ETOPOSIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	**ETOPOSIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	**ETOPOSIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	**ETOPOSIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	**ETOPOSIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	**ETOPOSIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	**ETOPOSIDUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	**ETOPOSIDUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	**ETOPOSIDUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	**ETOPOSIDUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	**ETOPOSIDUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	**ETOPOSIDUM**	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	**ETOPOSIDUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	**ETOPOSIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	**ETOPOSIDUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	**ETOPOSIDUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
490	**ETOPOSIDUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	**ETOPOSIDUM**	D01.2	ODBYTNICA
492	**ETOPOSIDUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	**ETOPOSIDUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	**ETOPOSIDUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
495	**ETOPOSIDUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	**ETOPOSIDUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	**ETOPOSIDUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
498	**ETOPOSIDUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	**ETOPOSIDUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
500	**ETOPOSIDUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	**ETOPOSIDUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	**ETOPOSIDUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	**ETOPOSIDUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	**ETOPOSIDUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	**ETOPOSIDUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	**ETOPOSIDUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	**ETOPOSIDUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	**ETOPOSIDUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	**ETOPOSIDUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	**ETOPOSIDUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	**ETOPOSIDUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	**ETOPOSIDUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	**ETOPOSIDUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	**ETOPOSIDUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	**ETOPOSIDUM**	D07.1	SROM
516	**ETOPOSIDUM**	D07.2	POCHWA
517	**ETOPOSIDUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	**ETOPOSIDUM**	D07.4	PRĄCIE
519	**ETOPOSIDUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
520	**ETOPOSIDUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	**ETOPOSIDUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	**ETOPOSIDUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	**ETOPOSIDUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	**ETOPOSIDUM**	D09.2	OKO
525	**ETOPOSIDUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	**ETOPOSIDUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	**ETOPOSIDUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	**ETOPOSIDUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	**ETOPOSIDUM**	D10.0	WARGA
530	**ETOPOSIDUM**	D10.1	JĘZYK
531	**ETOPOSIDUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	**ETOPOSIDUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
533	**ETOPOSIDUM**	D10.4	MIGDAŁEK
534	**ETOPOSIDUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	**ETOPOSIDUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	**ETOPOSIDUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	**ETOPOSIDUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	**ETOPOSIDUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	**ETOPOSIDUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	**ETOPOSIDUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	**ETOPOSIDUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	**ETOPOSIDUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	**ETOPOSIDUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	**ETOPOSIDUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
545	**ETOPOSIDUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	**ETOPOSIDUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	**ETOPOSIDUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	**ETOPOSIDUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	**ETOPOSIDUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	**ETOPOSIDUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	**ETOPOSIDUM**	D12.8	ODBYTNICA
552	**ETOPOSIDUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	**ETOPOSIDUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	**ETOPOSIDUM**	D13.0	PRZEŁYK
555	**ETOPOSIDUM**	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 ŻÓŁCIOWE 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 DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	**ETOPOSIDUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	**ETOPOSIDUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
579	**ETOPOSIDUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	**ETOPOSIDUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	**ETOPOSIDUM**	D16.5	ŻUCHWA
582	**ETOPOSIDUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	**ETOPOSIDUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	**ETOPOSIDUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	**ETOPOSIDUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	**ETOPOSIDUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
587	**ETOPOSIDUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
588	**ETOPOSIDUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
589	**ETOPOSIDUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
590	**ETOPOSIDUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
591	**ETOPOSIDUM**	D20.1	OTRZEWNA
592	**ETOPOSIDUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
593	**ETOPOSIDUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
594	**ETOPOSIDUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
595	**ETOPOSIDUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
596	**ETOPOSIDUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
597	**ETOPOSIDUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
598	**ETOPOSIDUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
599	**ETOPOSIDUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
600	**ETOPOSIDUM**	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	**ETOPOSIDUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
602	**ETOPOSIDUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
603	**ETOPOSIDUM**	D28.0	SROM
604	**ETOPOSIDUM**	D28.1	POCHWA
605	**ETOPOSIDUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
606	**ETOPOSIDUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607	**ETOPOSIDUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608	**ETOPOSIDUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
609	**ETOPOSIDUM**	D29.0	PRĄCIE
610	**ETOPOSIDUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
611	**ETOPOSIDUM**	D29.2	JĄDRO
612	**ETOPOSIDUM**	D29.3	NAJĄDRZE
613	**ETOPOSIDUM**	D29.4	MOSZNA
614	**ETOPOSIDUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	**ETOPOSIDUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	**ETOPOSIDUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
617	**ETOPOSIDUM**	D30.0	NERKA
618	**ETOPOSIDUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
619	**ETOPOSIDUM**	D30.2	MOCZOWÓD
620	**ETOPOSIDUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
621	**ETOPOSIDUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
622	**ETOPOSIDUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
623	**ETOPOSIDUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
624	**ETOPOSIDUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	**ETOPOSIDUM**	D31.0	SPOJÓWKA
626	**ETOPOSIDUM**	D31.1	ROGÓWKA
627	**ETOPOSIDUM**	D31.2	SIATKÓWKA
628	**ETOPOSIDUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
629	**ETOPOSIDUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
630	**ETOPOSIDUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
631	**ETOPOSIDUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
632	**ETOPOSIDUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
633	**ETOPOSIDUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
634	**ETOPOSIDUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
635	**ETOPOSIDUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
636	**ETOPOSIDUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
637	**ETOPOSIDUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
638	**ETOPOSIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
639	**ETOPOSIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
640	**ETOPOSIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
641	**ETOPOSIDUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
642	**ETOPOSIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
643	**ETOPOSIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
644	**ETOPOSIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
645	**ETOPOSIDUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
646	**ETOPOSIDUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
647	**ETOPOSIDUM**	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
648	**ETOPOSIDUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
649	**ETOPOSIDUM**	D35.2	PRZYSADKA
650	**ETOPOSIDUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
651	**ETOPOSIDUM**	D35.4	SZYSZYNKA
652	**ETOPOSIDUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
653	**ETOPOSIDUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
654	**ETOPOSIDUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	**ETOPOSIDUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
656	**ETOPOSIDUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
657	**ETOPOSIDUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
658	**ETOPOSIDUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
659	**ETOPOSIDUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
660	**ETOPOSIDUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
661	**ETOPOSIDUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
662	**ETOPOSIDUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
663	**ETOPOSIDUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
664	**ETOPOSIDUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
665	**ETOPOSIDUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
666	**ETOPOSIDUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
667	**ETOPOSIDUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
668	**ETOPOSIDUM**	D37.5	ODBYTNICA
669	**ETOPOSIDUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
670	**ETOPOSIDUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
671	**ETOPOSIDUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	**ETOPOSIDUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
673	**ETOPOSIDUM**	D38.0	KRTAŃ
674	**ETOPOSIDUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
675	**ETOPOSIDUM**	D38.2	OPŁUCNA
676	**ETOPOSIDUM**	D38.3	SRÓDPIERSIE
677	**ETOPOSIDUM**	D38.4	GRASICA
678	**ETOPOSIDUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
679	**ETOPOSIDUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
680	**ETOPOSIDUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
681	**ETOPOSIDUM**	D39.0	MACICA
682	**ETOPOSIDUM**	D39.1	JAJNIK
683	**ETOPOSIDUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
684	**ETOPOSIDUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
685	**ETOPOSIDUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
686	**ETOPOSIDUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
687	**ETOPOSIDUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
688	**ETOPOSIDUM**	D40.1	JĄDRO
689	**ETOPOSIDUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
690	**ETOPOSIDUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
691	**ETOPOSIDUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
692	**ETOPOSIDUM**	D41.0	NERKA
693	**ETOPOSIDUM**	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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	**ETOPOSIDUM**	D44.5	SZYSZYNKA
718	**ETOPOSIDUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
719	**ETOPOSIDUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
720	**ETOPOSIDUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
721	**ETOPOSIDUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
722	**ETOPOSIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
723	**ETOPOSIDUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
724	**ETOPOSIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
725	**ETOPOSIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
726	**ETOPOSIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
727	**ETOPOSIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
728	**ETOPOSIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
729	**ETOPOSIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
730	**ETOPOSIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
731	**ETOPOSIDUM**	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
732	**ETOPOSIDUM**	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
733	**ETOPOSIDUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
734	**ETOPOSIDUM**	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
735	**ETOPOSIDUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
736	**ETOPOSIDUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
737	**ETOPOSIDUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
738	**ETOPOSIDUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
739	**ETOPOSIDUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
740	**ETOPOSIDUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
741	**ETOPOSIDUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
742	**ETOPOSIDUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
743	**ETOPOSIDUM**	D48.4	OTRZEWNA
744	**ETOPOSIDUM**	D48.5	SKÓRA
745	**ETOPOSIDUM**	D48.6	SUTEK
746	**ETOPOSIDUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
747	**ETOPOSIDUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
748	**ETOPOSIDUM**	D63.0	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ (C00-D48□)
749	**ETOPOSIDUM**	D63.8	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU INNYCH CHORÓB PRZEWLEKŁYCH SKLASYFIKOWANYCH GDZIE INDZIEJ
750	**ETOPOSIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
751	**ETOPOSIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
752	**ETOPOSIDUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
753	**ETOPOSIDUM**	D81.9	ZŁOŻONE NIEDOBORY ODPORNOŚCI, NIEOKREŚLONE
754	**ETOPOSIDUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
755	**ETOPOSIDUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	**ETOPOSIDUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	**ETOPOSIDUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	**ETOPOSIDUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
759	**ETOPOSIDUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
760	**ETOPOSIDUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
761	**ETOPOSIDUM**	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	ZMNIEJSZENIE 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 LIMFOEPITELIOIDALNY
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 WALDENSTRÖMA
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 BLASTÓW
87	**FLUDARABINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW 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	**FLUOROURACILUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**FLUOROURACILUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**FLUOROURACILUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**FLUOROURACILUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**FLUOROURACILUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**FLUOROURACILUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**FLUOROURACILUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**FLUOROURACILUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**FLUOROURACILUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**FLUOROURACILUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**FLUOROURACILUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**FLUOROURACILUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**FLUOROURACILUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**FLUOROURACILUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**FLUOROURACILUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**FLUOROURACILUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**FLUOROURACILUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**FLUOROURACILUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**FLUOROURACILUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**FLUOROURACILUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**FLUOROURACILUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**FLUOROURACILUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**FLUOROURACILUM**	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	**FLUOROURACILUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**FLUOROURACILUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**FLUOROURACILUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**FLUOROURACILUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**FLUOROURACILUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**FLUOROURACILUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**FLUOROURACILUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**FLUOROURACILUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**FLUOROURACILUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**FLUOROURACILUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**FLUOROURACILUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**FLUOROURACILUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**FLUOROURACILUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**FLUOROURACILUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**FLUOROURACILUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**FLUOROURACILUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**FLUOROURACILUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**FLUOROURACILUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**FLUOROURACILUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**FLUOROURACILUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**FLUOROURACILUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**FLUOROURACILUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**FLUOROURACILUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**FLUOROURACILUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**FLUOROURACILUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**FLUOROURACILUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**FLUOROURACILUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**FLUOROURACILUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**FLUOROURACILUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**FLUOROURACILUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**FLUOROURACILUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**FLUOROURACILUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**FLUOROURACILUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**FLUOROURACILUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**FLUOROURACILUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**FLUOROURACILUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	**FLUOROURACILUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**FLUOROURACILUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**FLUOROURACILUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**FLUOROURACILUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**FLUOROURACILUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**FLUOROURACILUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**FLUOROURACILUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**FLUOROURACILUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	**FLUOROURACILUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	**FLUOROURACILUM**	C16.0	WPUST
89	**FLUOROURACILUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**FLUOROURACILUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	**FLUOROURACILUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	**FLUOROURACILUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
93	**FLUOROURACILUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94	**FLUOROURACILUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	**FLUOROURACILUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	**FLUOROURACILUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	**FLUOROURACILUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	**FLUOROURACILUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99	**FLUOROURACILUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100	**FLUOROURACILUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101	**FLUOROURACILUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102	**FLUOROURACILUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	**FLUOROURACILUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	**FLUOROURACILUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	**FLUOROURACILUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	**FLUOROURACILUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	**FLUOROURACILUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	**FLUOROURACILUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	**FLUOROURACILUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	**FLUOROURACILUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	**FLUOROURACILUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	**FLUOROURACILUM**	C18.7	ESICA
113	**FLUOROURACILUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**FLUOROURACILUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	**FLUOROURACILUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	**FLUOROURACILUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	**FLUOROURACILUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	**FLUOROURACILUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119	**FLUOROURACILUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	**FLUOROURACILUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	**FLUOROURACILUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	**FLUOROURACILUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	**FLUOROURACILUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	**FLUOROURACILUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	**FLUOROURACILUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	**FLUOROURACILUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	**FLUOROURACILUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	**FLUOROURACILUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	**FLUOROURACILUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	**FLUOROURACILUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131	**FLUOROURACILUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132	**FLUOROURACILUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133	**FLUOROURACILUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	**FLUOROURACILUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135	**FLUOROURACILUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	**FLUOROURACILUM**	C25	NOWOTWÓR 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 WEWNĄTRZWYDZIELNICZA 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	**FLUOROURACILUM**	C32.0	GŁOŚNIA
162	**FLUOROURACILUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	**FLUOROURACILUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	**FLUOROURACILUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	**FLUOROURACILUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	**FLUOROURACILUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	**FLUOROURACILUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
168	**FLUOROURACILUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
169	**FLUOROURACILUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
170	**FLUOROURACILUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
171	**FLUOROURACILUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
172	**FLUOROURACILUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
173	**FLUOROURACILUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
174	**FLUOROURACILUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
175	**FLUOROURACILUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
176	**FLUOROURACILUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
177	**FLUOROURACILUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
178	**FLUOROURACILUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
179	**FLUOROURACILUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
180	**FLUOROURACILUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
181	**FLUOROURACILUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
182	**FLUOROURACILUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
183	**FLUOROURACILUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
184	**FLUOROURACILUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	**FLUOROURACILUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
186	**FLUOROURACILUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
187	**FLUOROURACILUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
188	**FLUOROURACILUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
189	**FLUOROURACILUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
190	**FLUOROURACILUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
191	**FLUOROURACILUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
192	**FLUOROURACILUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
193	**FLUOROURACILUM**	C54.3	DNO MACICY
194	**FLUOROURACILUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
195	**FLUOROURACILUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
196	**FLUOROURACILUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
197	**FLUOROURACILUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
198	**FLUOROURACILUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
199	**FLUOROURACILUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
200	**FLUOROURACILUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
201	**FLUOROURACILUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
202	**FLUOROURACILUM**	C57.3	PRZYMACICZA
203	**FLUOROURACILUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
204	**FLUOROURACILUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
205	**FLUOROURACILUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
206	**FLUOROURACILUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
207	**FLUOROURACILUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
208	**FLUOROURACILUM**	C60.0	NAPLETEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209	**FLUOROURACILUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
210	**FLUOROURACILUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
211	**FLUOROURACILUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
212	**FLUOROURACILUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
213	**FLUOROURACILUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
214	**FLUOROURACILUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
215	**FLUOROURACILUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
216	**FLUOROURACILUM**	C76.2	BRZUCH
217	**FLUOROURACILUM**	C76.3	MIEDNICA
218	**FLUOROURACILUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
219	**FLUOROURACILUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
220	**FLUOROURACILUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
221	**FLUOROURACILUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
222	**FLUOROURACILUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
223	**FLUOROURACILUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
224	**FLUOROURACILUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
225	**FLUOROURACILUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
226	**FLUOROURACILUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
227	**FLUOROURACILUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
228	**FLUOROURACILUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
229	**FLUOROURACILUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
230	**FLUOROURACILUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
231	**FLUOROURACILUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
232	**FLUOROURACILUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
233	**FLUOROURACILUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
234	**FLUOROURACILUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
235	**FLUOROURACILUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
236	**FLUOROURACILUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
237	**FLUOROURACILUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
238	**FLUOROURACILUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
239	**FLUOROURACILUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
240	**FLUOROURACILUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
241	**FLUOROURACILUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
242	**FLUOROURACILUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
243	**FLUOROURACILUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
244	**FLUOROURACILUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
245	**FLUOROURACILUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
246	**FLUOROURACILUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
247	**FLUOROURACILUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
248	**FLUOROURACILUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
249	**FLUOROURACILUM**	D48.4	OTRZEWNA
250	**FLUOROURACILUM**	D48.5	SKÓRA
251	**FLUOROURACILUM**	D48.6	SUTEK
252	**FLUOROURACILUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	**FLUOROURACILUM**	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 PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
7	**GEMCYTABINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
8	**GEMCYTABINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
9	**GEMCYTABINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
10	**GEMCYTABINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
11	**GEMCYTABINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
12	**GEMCYTABINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
13	**GEMCYTABINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
14	**GEMCYTABINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, 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 WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
21	**GEMCYTABINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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	OPŁUCNA
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 OPŁUCNEJ
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 *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
67	**GEMCYTABINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68	**GEMCYTABINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
69	**GEMCYTABINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
70	**GEMCYTABINUM**	C54.3	DNO MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
71	**GEMCYTABINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
72	**GEMCYTABINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
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	PRZYMACICZA
79	**GEMCYTABINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
80	**GEMCYTABINUM**	C57.7	INNE OKRESLONE 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
87	**GEMCYTABINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
88	**GEMCYTABINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ *w przypadku:* *nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym*
89	**GEMCYTABINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ *w przypadku:* *nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym*
90	**GEMCYTABINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
91	**GEMCYTABINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
92	**GEMCYTABINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
93	**GEMCYTABINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
94	**GEMCYTABINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
95	**GEMCYTABINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
96	**GEMCYTABINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
97	**GEMCYTABINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
98	**GEMCYTABINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
99	**GEMCYTABINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
100	**GEMCYTABINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
101	**GEMCYTABINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
102	**GEMCYTABINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
103	**GEMCYTABINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
104	**GEMCYTABINUM**	C76.2	BRZUCH
105	**GEMCYTABINUM**	C76.3	MIEDNICA
106	**GEMCYTABINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
107	**GEMCYTABINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
108	**GEMCYTABINUM**	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 NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
110	**GEMCYTABINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
111	**GEMCYTABINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
112	**GEMCYTABINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
113	**GEMCYTABINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
114	**GEMCYTABINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
115	**GEMCYTABINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW w przypadku: *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
116	**GEMCYTABINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
117	**GEMCYTABINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
118	**GEMCYTABINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
119	**GEMCYTABINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
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	**GEMCYTABINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
122	**GEMCYTABINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
123	**GEMCYTABINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
124	**GEMCYTABINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
125	**GEMCYTABINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
126	**GEMCYTABINUM**	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	**GEMCYTABINUM**	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	**GEMCYTABINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
129	**GEMCYTABINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
130	**GEMCYTABINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			w przypadku: *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
131	**GEMCYTABINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
132	**GEMCYTABINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
133	**GEMCYTABINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
134	**GEMCYTABINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
135	**GEMCYTABINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
136	**GEMCYTABINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
137	**GEMCYTABINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
138	**GEMCYTABINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
139	**GEMCYTABINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
140	**GEMCYTABINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
141	**GEMCYTABINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
142	**GEMCYTABINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
143	**GEMCYTABINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
144	**GEMCYTABINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
145	**GEMCYTABINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
146	**GEMCYTABINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*

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	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
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	ZMNIEJSZENIE 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	MIĘSAK 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 BLASTÓW
77	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW 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 SIEROPAWTOKRWINKOWA Z PRZEŁOMEM
84	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.1	NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA BEZ PRZEŁOMU
85	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.2	PODWÓJNA HETEROZYGOTA W POŁĄCZENIU Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
86	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.3	CECHA SERPOWATOKRWINKOWOŚCI
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 DOROSŁYCH 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	MIĘSAK 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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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	**IDARUBICIN**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
89	**IDARUBICIN**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
90	**IDARUBICIN**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
91	**IDARUBICIN**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
92	**IDARUBICIN**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
93	**IDARUBICIN**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
94	**IDARUBICIN**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
95	**IDARUBICIN**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
96	**IDARUBICIN**	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 DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**IFOSFAMIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**IFOSFAMIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**IFOSFAMIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, 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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**IFOSFAMIDUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**IFOSFAMIDUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**IFOSFAMIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**IFOSFAMIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**IFOSFAMIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71	**IFOSFAMIDUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**IFOSFAMIDUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**IFOSFAMIDUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**IFOSFAMIDUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I 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	NOWOTWÓR 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 MNIEJSZA 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**IFOSFAMIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA
90	**IFOSFAMIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**IFOSFAMIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**IFOSFAMIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**IFOSFAMIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**IFOSFAMIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**IFOSFAMIDUM**	C18	NOWOTWÓR 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 ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114	**IFOSFAMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**IFOSFAMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH 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 PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**IFOSFAMIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**IFOSFAMIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**IFOSFAMIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**IFOSFAMIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**IFOSFAMIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, 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	OPŁUCNA
173	**IFOSFAMIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
177	**IFOSFAMIDUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
178	**IFOSFAMIDUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
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 KOŃCZYN
184	**IFOSFAMIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, 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	**IFOSFAMIDUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
197	**IFOSFAMIDUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
198	**IFOSFAMIDUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
199	**IFOSFAMIDUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
200	**IFOSFAMIDUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
201	**IFOSFAMIDUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
202	**IFOSFAMIDUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
203	**IFOSFAMIDUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
204	**IFOSFAMIDUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
205	**IFOSFAMIDUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
206	**IFOSFAMIDUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
207	**IFOSFAMIDUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
208	**IFOSFAMIDUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
209	**IFOSFAMIDUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210	**IFOSFAMIDUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
211	**IFOSFAMIDUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
212	**IFOSFAMIDUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
213	**IFOSFAMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
214	**IFOSFAMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
215	**IFOSFAMIDUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
216	**IFOSFAMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
217	**IFOSFAMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
218	**IFOSFAMIDUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
219	**IFOSFAMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
220	**IFOSFAMIDUM**	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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
254	**IFOSFAMIDUM**	C53	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
267	**IFOSFAMIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
268	**IFOSFAMIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	**IFOSFAMIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
270	**IFOSFAMIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
271	**IFOSFAMIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE 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	TRÓJKĄT 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
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	KŁĘBEK SZYJNY
353	**IFOSFAMIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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 WNĘTRZA 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 PACHWINY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	**IFOSFAMIDUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	**IFOSFAMIDUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	**IFOSFAMIDUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	**IFOSFAMIDUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
375	**IFOSFAMIDUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	**IFOSFAMIDUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	**IFOSFAMIDUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	**IFOSFAMIDUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	**IFOSFAMIDUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	**IFOSFAMIDUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	**IFOSFAMIDUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	**IFOSFAMIDUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	**IFOSFAMIDUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	**IFOSFAMIDUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	**IFOSFAMIDUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	**IFOSFAMIDUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	**IFOSFAMIDUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	**IFOSFAMIDUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	**IFOSFAMIDUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	**IFOSFAMIDUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	**IFOSFAMIDUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
392	**IFOSFAMIDUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	**IFOSFAMIDUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	**IFOSFAMIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	**IFOSFAMIDUM**	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 WALDENSTRÖMA
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 PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
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 TUCZNYCH

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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE

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 KĄTEM OKA
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	PRZEŁYK
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 ŻÓŁCIOWE 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 DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	**IFOSFAMIDUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	**IFOSFAMIDUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE 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	PĘCHERZ MOCZOWY
618	**IFOSFAMIDUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
619	**IFOSFAMIDUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
620	**IFOSFAMIDUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
621	**IFOSFAMIDUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
622	**IFOSFAMIDUM**	D31.0	SPOJÓWKA
623	**IFOSFAMIDUM**	D31.1	ROGÓWKA
624	**IFOSFAMIDUM**	D31.2	SIATKÓWKA
625	**IFOSFAMIDUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
626	**IFOSFAMIDUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
627	**IFOSFAMIDUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
628	**IFOSFAMIDUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
629	**IFOSFAMIDUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
630	**IFOSFAMIDUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
631	**IFOSFAMIDUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
632	**IFOSFAMIDUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
633	**IFOSFAMIDUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
634	**IFOSFAMIDUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
635	**IFOSFAMIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
636	**IFOSFAMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
637	**IFOSFAMIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
638	**IFOSFAMIDUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
639	**IFOSFAMIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
640	**IFOSFAMIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
641	**IFOSFAMIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
642	**IFOSFAMIDUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
643	**IFOSFAMIDUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
644	**IFOSFAMIDUM**	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 PRZYZWOJOWE
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, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
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 KLATKI 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	OPŁUCNA
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	PĘCHERZ 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	KŁĘBEK SZYJNY
716	**IFOSFAMIDUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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	**IFOSFAMIDUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
721	**IFOSFAMIDUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE
722	**IFOSFAMIDUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
723	**IFOSFAMIDUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
724	**IFOSFAMIDUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
725	**IFOSFAMIDUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
726	**IFOSFAMIDUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
727	**IFOSFAMIDUM**	D48.4	OTRZEWNA
728	**IFOSFAMIDUM**	D48.5	SKÓRA
729	**IFOSFAMIDUM**	D48.6	SUTEK
730	**IFOSFAMIDUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
731	**IFOSFAMIDUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
732	**IFOSFAMIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
733	**IFOSFAMIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
734	**IFOSFAMIDUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
735	**IFOSFAMIDUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
736	**IFOSFAMIDUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
737	**IFOSFAMIDUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
738	**IFOSFAMIDUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
739	**IFOSFAMIDUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
740	**IFOSFAMIDUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
741	**IFOSFAMIDUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.33.a.

INTERFERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
2.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
3.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
4.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
5.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
6.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
7.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
8.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
9.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
10.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
11.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
12.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
13.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
15.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
16.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
17.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
18.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
19.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
20.	**INTERFERONUM ALFA-2A**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.33.b.

INTERFERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**INTERFERONUM ALFA-2A**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH

Załącznik C.34.

INTERFERONUM ALFA-2B

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
13.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
14.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
15.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
16.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
17.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
18.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
19.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
20.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
21.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
22.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
23.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
24.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
25.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
26.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
27.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
28.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
29.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
30.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
31.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
32.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
33.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
34.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
35.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
36.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
37.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
38.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
39.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
40.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
41.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
42.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
43.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
44.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
45.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
46.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
47.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA
48.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
49.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
50.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
51.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
52.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
53.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
54.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
55.	**INTERFERONUM ALFA-2B**	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 PRZEŁYKU
2.	**IRINOTECANUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**IRINOTECANUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**IRINOTECANUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**IRINOTECANUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**IRINOTECANUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**IRINOTECANUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	**IRINOTECANUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	**IRINOTECANUM**	C15.9	PRZEŁYK, 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	**IRINOTECANUM**	C17.1	JELITO CZCZE
23.	**IRINOTECANUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	**IRINOTECANUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
25.	**IRINOTECANUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	**IRINOTECANUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	**IRINOTECANUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	**IRINOTECANUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	**IRINOTECANUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	**IRINOTECANUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	**IRINOTECANUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	**IRINOTECANUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	**IRINOTECANUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	**IRINOTECANUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	**IRINOTECANUM**	C18.7	ESICA
36.	**IRINOTECANUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	**IRINOTECANUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	**IRINOTECANUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	**IRINOTECANUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	**IRINOTECANUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
41.	**IRINOTECANUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
42.	**IRINOTECANUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
43.	**IRINOTECANUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
44.	**IRINOTECANUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
45.	**IRINOTECANUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
46.	**IRINOTECANUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
47.	**IRINOTECANUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48.	**IRINOTECANUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
49.	**IRINOTECANUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
50.	**IRINOTECANUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
51.	**IRINOTECANUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
52.	**IRINOTECANUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
53.	**IRINOTECANUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
54.	**IRINOTECANUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
55.	**IRINOTECANUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
56.	**IRINOTECANUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
57.	**IRINOTECANUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
58.	**IRINOTECANUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
59.	**IRINOTECANUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
60.	**IRINOTECANUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
61.	**IRINOTECANUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
62.	**IRINOTECANUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
63.	**IRINOTECANUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
64.	**IRINOTECANUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
65.	**IRINOTECANUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
66.	**IRINOTECANUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
67.	**IRINOTECANUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
68.	**IRINOTECANUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
69.	**IRINOTECANUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
70.	**IRINOTECANUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
71.	**IRINOTECANUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
72.	**IRINOTECANUM**	C41.1	ŻUCHWA
73.	**IRINOTECANUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	**IRINOTECANUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
75.	**IRINOTECANUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
76.	**IRINOTECANUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
77.	**IRINOTECANUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
78.	**IRINOTECANUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
79.	**IRINOTECANUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
80.	**IRINOTECANUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
81.	**IRINOTECANUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
82.	**IRINOTECANUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
83.	**IRINOTECANUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
84.	**IRINOTECANUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
85.	**IRINOTECANUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
86.	**IRINOTECANUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
87.	**IRINOTECANUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
88.	**IRINOTECANUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
89.	**IRINOTECANUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
90.	**IRINOTECANUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
91.	**IRINOTECANUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
92.	**IRINOTECANUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
93.	**IRINOTECANUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
94.	**IRINOTECANUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
95.	**IRINOTECANUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
96.	**IRINOTECANUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
97.	**IRINOTECANUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
98.	**IRINOTECANUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
99.	**IRINOTECANUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
100.	**IRINOTECANUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
101.	**IRINOTECANUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
102.	**IRINOTECANUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
103.	**IRINOTECANUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
104.	**IRINOTECANUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
105.	**IRINOTECANUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
106.	**IRINOTECANUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
107.	**IRINOTECANUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
108.	**IRINOTECANUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
109.	**IRINOTECANUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
110.	**IRINOTECANUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
111.	**IRINOTECANUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
112.	**IRINOTECANUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
113.	**IRINOTECANUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
114.	**IRINOTECANUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
115.	**IRINOTECANUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
116.	**IRINOTECANUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
117.	**IRINOTECANUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
118.	**IRINOTECANUM**	C67.7	MOCZOWNIK
119.	**IRINOTECANUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
120.	**IRINOTECANUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
121.	**IRINOTECANUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
122.	**IRINOTECANUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
123.	**IRINOTECANUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
124.	**IRINOTECANUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
125.	**IRINOTECANUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
126.	**IRINOTECANUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
127.	**IRINOTECANUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
128.	**IRINOTECANUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
129.	**IRINOTECANUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
130.	**IRINOTECANUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
131.	**IRINOTECANUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
132.	**IRINOTECANUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
133.	**IRINOTECANUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
134.	**IRINOTECANUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
135.	**IRINOTECANUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
136.	**IRINOTECANUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
137.	**IRINOTECANUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
138.	**IRINOTECANUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
139.	**IRINOTECANUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
140.	**IRINOTECANUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.36.

ISOTRETINOINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**ISOTRETINOINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
2.	**ISOTRETINOINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
3.	**ISOTRETINOINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
4.	**ISOTRETINOINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
5.	**ISOTRETINOINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
6.	**ISOTRETINOINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
7.	**ISOTRETINOINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
8.	**ISOTRETINOINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
9.	**ISOTRETINOINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
10.	**ISOTRETINOINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
11.	**ISOTRETINOINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
12.	**ISOTRETINOINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
13.	**ISOTRETINOINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
14.	**ISOTRETINOINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
15.	**ISOTRETINOINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
16.	**ISOTRETINOINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
17.	**ISOTRETINOINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
18.	**ISOTRETINOINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
19.	**ISOTRETINOINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
20.	**ISOTRETINOINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
21.	**ISOTRETINOINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA

Załącznik C.37.a.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LANREOTIDUM**	C15	RAK PRZEŁYKU
2.	**LANREOTIDUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**LANREOTIDUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**LANREOTIDUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**LANREOTIDUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**LANREOTIDUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**LANREOTIDUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	**LANREOTIDUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	**LANREOTIDUM**	C15.9	PRZEŁYK, 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.	**LANREOTIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	**LANREOTIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
25.	**LANREOTIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	**LANREOTIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	**LANREOTIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	**LANREOTIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	**LANREOTIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	**LANREOTIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	**LANREOTIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	**LANREOTIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	**LANREOTIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	**LANREOTIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	**LANREOTIDUM**	C18.7	ESICA
36.	**LANREOTIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	**LANREOTIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	**LANREOTIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	**LANREOTIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	**LANREOTIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
41.	**LANREOTIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
42.	**LANREOTIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
43.	**LANREOTIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
44.	**LANREOTIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
45.	**LANREOTIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
46.	**LANREOTIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚC TRZUSTKI
47.	**LANREOTIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
48.	**LANREOTIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
49.	**LANREOTIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
50.	**LANREOTIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
51.	**LANREOTIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
52.	**LANREOTIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
53.	**LANREOTIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
54.	**LANREOTIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
55.	**LANREOTIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
56.	**LANREOTIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
57.	**LANREOTIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
58.	**LANREOTIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
59.	**LANREOTIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
60.	**LANREOTIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
61.	**LANREOTIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
62.	**LANREOTIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
63.	**LANREOTIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
64.	**LANREOTIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
65.	**LANREOTIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
66.	**LANREOTIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
67.	**LANREOTIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
68.	**LANREOTIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
69.	**LANREOTIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
70.	**LANREOTIDUM**	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
71.	**LANREOTIDUM**	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
72.	**LANREOTIDUM**	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
73.	**LANREOTIDUM**	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE *z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii*

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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA w przypadku: guzów neuroendokrynnych 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 (SZCZELINOWATYCH = 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 PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
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 WALDENSTRÖMA
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 PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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 BLASTÓW
94.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW 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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
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.	**METHOTREXATUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**METHOTREXATUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**METHOTREXATUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**METHOTREXATUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**METHOTREXATUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**METHOTREXATUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**METHOTREXATUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**METHOTREXATUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**METHOTREXATUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**METHOTREXATUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**METHOTREXATUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**METHOTREXATUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**METHOTREXATUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**METHOTREXATUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**METHOTREXATUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**METHOTREXATUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**METHOTREXATUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**METHOTREXATUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**METHOTREXATUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	**METHOTREXATUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**METHOTREXATUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**METHOTREXATUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**METHOTREXATUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**METHOTREXATUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**METHOTREXATUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**METHOTREXATUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**METHOTREXATUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**METHOTREXATUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**METHOTREXATUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**METHOTREXATUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**METHOTREXATUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**METHOTREXATUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**METHOTREXATUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**METHOTREXATUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**METHOTREXATUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**METHOTREXATUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**METHOTREXATUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**METHOTREXATUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**METHOTREXATUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**METHOTREXATUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**METHOTREXATUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**METHOTREXATUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**METHOTREXATUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**METHOTREXATUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**METHOTREXATUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**METHOTREXATUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**METHOTREXATUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**METHOTREXATUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**METHOTREXATUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**METHOTREXATUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**METHOTREXATUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**METHOTREXATUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**METHOTREXATUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**METHOTREXATUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**METHOTREXATUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**METHOTREXATUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**METHOTREXATUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**METHOTREXATUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**METHOTREXATUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**METHOTREXATUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**METHOTREXATUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**METHOTREXATUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**METHOTREXATUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**METHOTREXATUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**METHOTREXATUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ)
66.	**METHOTREXATUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**METHOTREXATUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
68.	**METHOTREXATUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**METHOTREXATUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**METHOTREXATUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	**METHOTREXATUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**METHOTREXATUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**METHOTREXATUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**METHOTREXATUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**METHOTREXATUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
76.	**METHOTREXATUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
77.	**METHOTREXATUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
78.	**METHOTREXATUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
79.	**METHOTREXATUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
80.	**METHOTREXATUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
81.	**METHOTREXATUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
82.	**METHOTREXATUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
83.	**METHOTREXATUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
84.	**METHOTREXATUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
85.	**METHOTREXATUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
86.	**METHOTREXATUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
87.	**METHOTREXATUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
88.	**METHOTREXATUM**	C32.0	GŁOŚNIA
89.	**METHOTREXATUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
90.	**METHOTREXATUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
91.	**METHOTREXATUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
92.	**METHOTREXATUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
93.	**METHOTREXATUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
94.	**METHOTREXATUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
95.	**METHOTREXATUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96.	**METHOTREXATUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
97.	**METHOTREXATUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
98.	**METHOTREXATUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
99.	**METHOTREXATUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
100.	**METHOTREXATUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
101.	**METHOTREXATUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
102.	**METHOTREXATUM**	C38.0	SERCE
103.	**METHOTREXATUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
104.	**METHOTREXATUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
105.	**METHOTREXATUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
106.	**METHOTREXATUM**	C38.4	OPŁUCNA
107.	**METHOTREXATUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
108.	**METHOTREXATUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
109.	**METHOTREXATUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
110.	**METHOTREXATUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
111.	**METHOTREXATUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
112.	**METHOTREXATUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
113.	**METHOTREXATUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
114.	**METHOTREXATUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
115.	**METHOTREXATUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
116.	**METHOTREXATUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
117.	**METHOTREXATUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
118.	**METHOTREXATUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
119.	**METHOTREXATUM**	C41	NOWOTWÓR 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.	**METHOTREXATUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
121.	**METHOTREXATUM**	C41.1	ŻUCHWA
122.	**METHOTREXATUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
123.	**METHOTREXATUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
124.	**METHOTREXATUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
125.	**METHOTREXATUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
126.	**METHOTREXATUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**METHOTREXATUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
128.	**METHOTREXATUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
129.	**METHOTREXATUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
130.	**METHOTREXATUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
131.	**METHOTREXATUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
132.	**METHOTREXATUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
133.	**METHOTREXATUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
134.	**METHOTREXATUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
135.	**METHOTREXATUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
136.	**METHOTREXATUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
137.	**METHOTREXATUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
138.	**METHOTREXATUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
139.	**METHOTREXATUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
140.	**METHOTREXATUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
141.	**METHOTREXATUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
142.	**METHOTREXATUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	**METHOTREXATUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
144.	**METHOTREXATUM**	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.	**METHOTREXATUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
146.	**METHOTREXATUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
147.	**METHOTREXATUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
148.	**METHOTREXATUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
149.	**METHOTREXATUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
150.	**METHOTREXATUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
151.	**METHOTREXATUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
152.	**METHOTREXATUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
153.	**METHOTREXATUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
154.	**METHOTREXATUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
155.	**METHOTREXATUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
156.	**METHOTREXATUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
157.	**METHOTREXATUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
158.	**METHOTREXATUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
159.	**METHOTREXATUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
160.	**METHOTREXATUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
161.	**METHOTREXATUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
162.	**METHOTREXATUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
163.	**METHOTREXATUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
164.	**METHOTREXATUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
165.	**METHOTREXATUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
166.	**METHOTREXATUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
167.	**METHOTREXATUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
168.	**METHOTREXATUM**	C57.3	PRZYMACICZA
169.	**METHOTREXATUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
170.	**METHOTREXATUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
171.	**METHOTREXATUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
172.	**METHOTREXATUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
173.	**METHOTREXATUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
174.	**METHOTREXATUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
175.	**METHOTREXATUM**	C60.0	NAPLETEK
176.	**METHOTREXATUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
177.	**METHOTREXATUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
178.	**METHOTREXATUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
179.	**METHOTREXATUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
180.	**METHOTREXATUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
181.	**METHOTREXATUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
182.	**METHOTREXATUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
183.	**METHOTREXATUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
184.	**METHOTREXATUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
185.	**METHOTREXATUM**	C63.0	NAJĄDRZE
186.	**METHOTREXATUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
187.	**METHOTREXATUM**	C63.2	MOSZNA
188.	**METHOTREXATUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
189.	**METHOTREXATUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
190.	**METHOTREXATUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
191.	**METHOTREXATUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
192.	**METHOTREXATUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
193.	**METHOTREXATUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
194.	**METHOTREXATUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
195.	**METHOTREXATUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
196.	**METHOTREXATUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
197.	**METHOTREXATUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
198.	**METHOTREXATUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
199.	**METHOTREXATUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
200.	**METHOTREXATUM**	C67.7	MOCZOWNIK
201.	**METHOTREXATUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	**METHOTREXATUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
203.	**METHOTREXATUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
204.	**METHOTREXATUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
205.	**METHOTREXATUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
206.	**METHOTREXATUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
207.	**METHOTREXATUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
208.	**METHOTREXATUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
209.	**METHOTREXATUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
210.	**METHOTREXATUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
211.	**METHOTREXATUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
212.	**METHOTREXATUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
213.	**METHOTREXATUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
214.	**METHOTREXATUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
215.	**METHOTREXATUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
216.	**METHOTREXATUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
217.	**METHOTREXATUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
218.	**METHOTREXATUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
219.	**METHOTREXATUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
220.	**METHOTREXATUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
221.	**METHOTREXATUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222.	**METHOTREXATUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
223.	**METHOTREXATUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
224.	**METHOTREXATUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
225.	**METHOTREXATUM**	C76.2	BRZUCH
226.	**METHOTREXATUM**	C76.3	MIEDNICA
227.	**METHOTREXATUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
228.	**METHOTREXATUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
229.	**METHOTREXATUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
230.	**METHOTREXATUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
231.	**METHOTREXATUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
232.	**METHOTREXATUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
233.	**METHOTREXATUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
234.	**METHOTREXATUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
235.	**METHOTREXATUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
236.	**METHOTREXATUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
237.	**METHOTREXATUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
238.	**METHOTREXATUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
239.	**METHOTREXATUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
240.	**METHOTREXATUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
241.	**METHOTREXATUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
242.	**METHOTREXATUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
243.	**METHOTREXATUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
244.	**METHOTREXATUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
245.	**METHOTREXATUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
246.	**METHOTREXATUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
247.	**METHOTREXATUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
248.	**METHOTREXATUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
249.	**METHOTREXATUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
250.	**METHOTREXATUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
251.	**METHOTREXATUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
252.	**METHOTREXATUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
253.	**METHOTREXATUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
254.	**METHOTREXATUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
255.	**METHOTREXATUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
256.	**METHOTREXATUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
257.	**METHOTREXATUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
258.	**METHOTREXATUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
259.	**METHOTREXATUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
260.	**METHOTREXATUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
261.	**METHOTREXATUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
262.	**METHOTREXATUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
263.	**METHOTREXATUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
264.	**METHOTREXATUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
265.	**METHOTREXATUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
266.	**METHOTREXATUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
267.	**METHOTREXATUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
268.	**METHOTREXATUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
269.	**METHOTREXATUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
270.	**METHOTREXATUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
271.	**METHOTREXATUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
272.	**METHOTREXATUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
273.	**METHOTREXATUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
274.	**METHOTREXATUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
275.	**METHOTREXATUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
276.	**METHOTREXATUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
277.	**METHOTREXATUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
278.	**METHOTREXATUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
279.	**METHOTREXATUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
280.	**METHOTREXATUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
281.	**METHOTREXATUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
282.	**METHOTREXATUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
283.	**METHOTREXATUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
284.	**METHOTREXATUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
285.	**METHOTREXATUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
286.	**METHOTREXATUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
287.	**METHOTREXATUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
288.	**METHOTREXATUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
289.	**METHOTREXATUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
290.	**METHOTREXATUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
291.	**METHOTREXATUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
292.	**METHOTREXATUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
293.	**METHOTREXATUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
294.	**METHOTREXATUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
295.	**METHOTREXATUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
296.	**METHOTREXATUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
297.	**METHOTREXATUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
298.	**METHOTREXATUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
299.	**METHOTREXATUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
300.	**METHOTREXATUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
301.	**METHOTREXATUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
302.	**METHOTREXATUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
303.	**METHOTREXATUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
304.	**METHOTREXATUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
305.	**METHOTREXATUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
306.	**METHOTREXATUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
307.	**METHOTREXATUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
308.	**METHOTREXATUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
309.	**METHOTREXATUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
310.	**METHOTREXATUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
311.	**METHOTREXATUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
312.	**METHOTREXATUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
313.	**METHOTREXATUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
314.	**METHOTREXATUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
315.	**METHOTREXATUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
316.	**METHOTREXATUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
317.	**METHOTREXATUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
318.	**METHOTREXATUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
319.	**METHOTREXATUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
320.	**METHOTREXATUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
321.	**METHOTREXATUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
322.	**METHOTREXATUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
323.	**METHOTREXATUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
324.	**METHOTREXATUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
325.	**METHOTREXATUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
326.	**METHOTREXATUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
327.	**METHOTREXATUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
328.	**METHOTREXATUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
329.	**METHOTREXATUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
330.	**METHOTREXATUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
331.	**METHOTREXATUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
332.	**METHOTREXATUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
333.	**METHOTREXATUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
334.	**METHOTREXATUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
335.	**METHOTREXATUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
336.	**METHOTREXATUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
337.	**METHOTREXATUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
338.	**METHOTREXATUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
339.	**METHOTREXATUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
340.	**METHOTREXATUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
341.	**METHOTREXATUM**	D38.3	SRÓDPIERSIE
342.	**METHOTREXATUM**	D38.4	GRASICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	**METHOTREXATUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
344.	**METHOTREXATUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
345.	**METHOTREXATUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
346.	**METHOTREXATUM**	D39.0	MACICA
347.	**METHOTREXATUM**	D39.1	JAJNIK
348.	**METHOTREXATUM**	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA
349.	**METHOTREXATUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
350.	**METHOTREXATUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
351.	**METHOTREXATUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
352.	**METHOTREXATUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
353.	**METHOTREXATUM**	D40.1	JĄDRO
354.	**METHOTREXATUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
355.	**METHOTREXATUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
356.	**METHOTREXATUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
357.	**METHOTREXATUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
358.	**METHOTREXATUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
359.	**METHOTREXATUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
360.	**METHOTREXATUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
361.	**METHOTREXATUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
362.	**METHOTREXATUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
363.	**METHOTREXATUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
364.	**METHOTREXATUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
365.	**METHOTREXATUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
366.	**METHOTREXATUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
367.	**METHOTREXATUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368.	**METHOTREXATUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
369.	**METHOTREXATUM**	D44.5	SZYSZYNKA
370.	**METHOTREXATUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
371.	**METHOTREXATUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
372.	**METHOTREXATUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
373.	**METHOTREXATUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
374.	**METHOTREXATUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
375.	**METHOTREXATUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
376.	**METHOTREXATUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
377.	**METHOTREXATUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
378.	**METHOTREXATUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
379.	**METHOTREXATUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	**METHOTREXATUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
381.	**METHOTREXATUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
382.	**METHOTREXATUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
383.	**METHOTREXATUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
384.	**METHOTREXATUM**	D48.4	OTRZEWNA
385.	**METHOTREXATUM**	D48.5	SKÓRA
386.	**METHOTREXATUM**	D48.6	SUTEK
387.	**METHOTREXATUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
388.	**METHOTREXATUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
389.	**METHOTREXATUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
390.	**METHOTREXATUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
391.	**METHOTREXATUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
392.	**METHOTREXATUM**	O01	ZAŚNIAD GRONIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	**METHOTREXATUM**	O01.0	KLASYCZNY ZAŚNIAD GRONIASTY
394.	**METHOTREXATUM**	O01.1	NIEZUPEŁNY LUB CZĘŚCIOWY ZAŚNIAD GRONIASTY
395.	**METHOTREXATUM**	O01.9	ZAŚNIAD GRONIASTY NIEOKREŚLONY
396.	**METHOTREXATUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
397.	**METHOTREXATUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
398.	**METHOTREXATUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
399.	**METHOTREXATUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
400.	**METHOTREXATUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
401.	**METHOTREXATUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
402.	**METHOTREXATUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
403.	**METHOTREXATUM**	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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
2.	**MITOMYCINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**MITOMYCINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**MITOMYCINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**MITOMYCINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**MITOMYCINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**MITOMYCINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	**MITOMYCINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	**MITOMYCINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
10.	**MITOMYCINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY 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 MNIEJSZA 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	**MITOMYCINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
22.	**MITOMYCINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
23.	**MITOMYCINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	**MITOMYCINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
25.	**MITOMYCINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	**MITOMYCINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	**MITOMYCINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	**MITOMYCINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
29.	**MITOMYCINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	**MITOMYCINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	**MITOMYCINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	**MITOMYCINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	**MITOMYCINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	**MITOMYCINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	**MITOMYCINUM**	C18.7	ESICA
36.	**MITOMYCINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	**MITOMYCINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	**MITOMYCINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	**MITOMYCINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	**MITOMYCINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
41.	**MITOMYCINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
42.	**MITOMYCINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
43.	**MITOMYCINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
44.	**MITOMYCINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
45.	**MITOMYCINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
46.	**MITOMYCINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
47.	**MITOMYCINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
48.	**MITOMYCINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
49.	**MITOMYCINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
50.	**MITOMYCINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
51.	**MITOMYCINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
52.	**MITOMYCINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
53.	**MITOMYCINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
54.	**MITOMYCINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
55.	**MITOMYCINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
56.	**MITOMYCINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
57.	**MITOMYCINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
58.	**MITOMYCINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
59.	**MITOMYCINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
60.	**MITOMYCINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
61.	**MITOMYCINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
62.	**MITOMYCINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
63.	**MITOMYCINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
64.	**MITOMYCINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
65.	**MITOMYCINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
66.	**MITOMYCINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
67.	**MITOMYCINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
68.	**MITOMYCINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
69.	**MITOMYCINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
70.	**MITOMYCINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
71.	**MITOMYCINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
72.	**MITOMYCINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
73.	**MITOMYCINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
74.	**MITOMYCINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
75.	**MITOMYCINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
76.	**MITOMYCINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
77.	**MITOMYCINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
78.	**MITOMYCINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
79.	**MITOMYCINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
80.	**MITOMYCINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
81.	**MITOMYCINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
82.	**MITOMYCINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
83.	**MITOMYCINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
84.	**MITOMYCINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
85.	**MITOMYCINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
86.	**MITOMYCINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
87.	**MITOMYCINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
88.	**MITOMYCINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
89.	**MITOMYCINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
90.	**MITOMYCINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
91.	**MITOMYCINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
92.	**MITOMYCINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
93.	**MITOMYCINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
94.	**MITOMYCINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
95.	**MITOMYCINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
96.	**MITOMYCINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
97.	**MITOMYCINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
98.	**MITOMYCINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99.	**MITOMYCINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
100.	**MITOMYCINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
101.	**MITOMYCINUM**	C51	RAK SROMU
102.	**MITOMYCINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
103.	**MITOMYCINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
104.	**MITOMYCINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
105.	**MITOMYCINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
106.	**MITOMYCINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
107.	**MITOMYCINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
108.	**MITOMYCINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
109.	**MITOMYCINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
110.	**MITOMYCINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
111.	**MITOMYCINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
112.	**MITOMYCINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
113.	**MITOMYCINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
114.	**MITOMYCINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
115.	**MITOMYCINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
116.	**MITOMYCINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
117.	**MITOMYCINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
118.	**MITOMYCINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
119.	**MITOMYCINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
120.	**MITOMYCINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
121.	**MITOMYCINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
122.	**MITOMYCINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
123.	**MITOMYCINUM**	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.	**MITOTANUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
2.	**MITOTANUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
3.	**MITOTANUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
4.	**MITOTANUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
5.	**MITOTANUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
6.	**MITOTANUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
7.	**MITOTANUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
8.	**MITOTANUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
9.	**MITOTANUM**	C75.3	SZYSZYNKA
10.	**MITOTANUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
11.	**MITOTANUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
12.	**MITOTANUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
13.	**MITOTANUM**	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	UCHYŁEK 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	**OCTREOTIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	**OCTREOTIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	**OCTREOTIDUM**	C18.7	ESICA
27.	**OCTREOTIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	**OCTREOTIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	**OCTREOTIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	**OCTREOTIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	**OCTREOTIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
32.	**OCTREOTIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
33.	**OCTREOTIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
34.	**OCTREOTIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
35.	**OCTREOTIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
36.	**OCTREOTIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
37.	**OCTREOTIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚC TRZUSTKI
38.	**OCTREOTIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
39.	**OCTREOTIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
40.	**OCTREOTIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
41.	**OCTREOTIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
42.	**OCTREOTIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
43.	**OCTREOTIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
44.	**OCTREOTIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
45.	**OCTREOTIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
46.	**OCTREOTIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
47.	**OCTREOTIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
48.	**OCTREOTIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
49.	**OCTREOTIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
50.	**OCTREOTIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
51.	**OCTREOTIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
52.	**OCTREOTIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
53.	**OCTREOTIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
54.	**OCTREOTIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
55.	**OCTREOTIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
56.	**OCTREOTIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
57.	**OCTREOTIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
58.	**OCTREOTIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
59.	**OCTREOTIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
60.	**OCTREOTIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
61.	**OCTREOTIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
62.	**OCTREOTIDUM**	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
63.	**OCTREOTIDUM**	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
64.	**OCTREOTIDUM**	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
65.	**OCTREOTIDUM**	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE *z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii*
66.	**OCTREOTIDUM**	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.45.b.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTREOTIDUM**	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	UCHYŁEK 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**OXALIPLATINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	**OXALIPLATINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	**OXALIPLATINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
24.	**OXALIPLATINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	**OXALIPLATINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	**OXALIPLATINUM**	C18.7	ESICA
27.	**OXALIPLATINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	**OXALIPLATINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	**OXALIPLATINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	**OXALIPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	**OXALIPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
32.	**OXALIPLATINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
33.	**OXALIPLATINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
34.	**OXALIPLATINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
35.	**OXALIPLATINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
36.	**OXALIPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
37.	**OXALIPLATINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
38.	**OXALIPLATINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
39.	**OXALIPLATINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
40.	**OXALIPLATINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
41.	**OXALIPLATINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
42.	**OXALIPLATINUM**	C25.7	INNA CZĘŚC TRZUSTKI
43.	**OXALIPLATINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
44.	**OXALIPLATINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
45.	**OXALIPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**OXALIPLATINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
47.	**OXALIPLATINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
48.	**OXALIPLATINUM**	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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**PACLITAXELUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**PACLITAXELUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**PACLITAXELUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**PACLITAXELUM**	C03.9	DZIĄSŁO, 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**PACLITAXELUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**PACLITAXELUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**PACLITAXELUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**PACLITAXELUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**PACLITAXELUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**PACLITAXELUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**PACLITAXELUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**PACLITAXELUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**PACLITAXELUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**PACLITAXELUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**PACLITAXELUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**PACLITAXELUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**PACLITAXELUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**PACLITAXELUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**PACLITAXELUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**PACLITAXELUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**PACLITAXELUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**PACLITAXELUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**PACLITAXELUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**PACLITAXELUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**PACLITAXELUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**PACLITAXELUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**PACLITAXELUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ)
66.	**PACLITAXELUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**PACLITAXELUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
68.	**PACLITAXELUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**PACLITAXELUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**PACLITAXELUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**PACLITAXELUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**PACLITAXELUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**PACLITAXELUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**PACLITAXELUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**PACLITAXELUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**PACLITAXELUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**PACLITAXELUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**PACLITAXELUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU *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*
79.	**PACLITAXELUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU *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*
80.	**PACLITAXELUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU *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*
81.	**PACLITAXELUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU *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*
82.	**PACLITAXELUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
83.	**PACLITAXELUM**	C16.0	WPUST *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
84.	**PACLITAXELUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
85.	**PACLITAXELUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
86.	**PACLITAXELUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
87.	**PACLITAXELUM**	C16.4	ODŹWIERNIK *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
88.	**PACLITAXELUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
89.	**PACLITAXELUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
90.	**PACLITAXELUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
91.	**PACLITAXELUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
92.	**PACLITAXELUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
93.	**PACLITAXELUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
94.	**PACLITAXELUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
95.	**PACLITAXELUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
96.	**PACLITAXELUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
97.	**PACLITAXELUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
98.	**PACLITAXELUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99.	**PACLITAXELUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
100.	**PACLITAXELUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
101.	**PACLITAXELUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
102.	**PACLITAXELUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
103.	**PACLITAXELUM**	C32.0	GŁOŚNIA
104.	**PACLITAXELUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
105.	**PACLITAXELUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
106.	**PACLITAXELUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
107.	**PACLITAXELUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
108.	**PACLITAXELUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
109.	**PACLITAXELUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
110.	**PACLITAXELUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
111.	**PACLITAXELUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
112.	**PACLITAXELUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
113.	**PACLITAXELUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
114.	**PACLITAXELUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
115.	**PACLITAXELUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
116.	**PACLITAXELUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
117.	**PACLITAXELUM**	C38.0	SERCE
118.	**PACLITAXELUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
119.	**PACLITAXELUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
120.	**PACLITAXELUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
121.	**PACLITAXELUM**	C38.4	OPŁUCNA
122.	**PACLITAXELUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
123.	**PACLITAXELUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
124.	**PACLITAXELUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
125.	**PACLITAXELUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
126.	**PACLITAXELUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
127.	**PACLITAXELUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
128.	**PACLITAXELUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
129.	**PACLITAXELUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
130.	**PACLITAXELUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
131.	**PACLITAXELUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
132.	**PACLITAXELUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
133.	**PACLITAXELUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
134.	**PACLITAXELUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
135.	**PACLITAXELUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
136.	**PACLITAXELUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
137.	**PACLITAXELUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
138.	**PACLITAXELUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
139.	**PACLITAXELUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
140.	**PACLITAXELUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
141.	**PACLITAXELUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
142.	**PACLITAXELUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	**PACLITAXELUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
144.	**PACLITAXELUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
145.	**PACLITAXELUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
146.	**PACLITAXELUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
147.	**PACLITAXELUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
148.	**PACLITAXELUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
149.	**PACLITAXELUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
150.	**PACLITAXELUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
151.	**PACLITAXELUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
152.	**PACLITAXELUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
153.	**PACLITAXELUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
154.	**PACLITAXELUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
155.	**PACLITAXELUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
156.	**PACLITAXELUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
157.	**PACLITAXELUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
158.	**PACLITAXELUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
159.	**PACLITAXELUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
160.	**PACLITAXELUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
161.	**PACLITAXELUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
162.	**PACLITAXELUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
163.	**PACLITAXELUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
164.	**PACLITAXELUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
165.	**PACLITAXELUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
166.	**PACLITAXELUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
167.	**PACLITAXELUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
168.	**PACLITAXELUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
169.	**PACLITAXELUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
170.	**PACLITAXELUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
171.	**PACLITAXELUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
172.	**PACLITAXELUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
173.	**PACLITAXELUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
174.	**PACLITAXELUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
175.	**PACLITAXELUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
176.	**PACLITAXELUM**	C54.3	DNO MACICY
177.	**PACLITAXELUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
178.	**PACLITAXELUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
179.	**PACLITAXELUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
180.	**PACLITAXELUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
181.	**PACLITAXELUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
182.	**PACLITAXELUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
183.	**PACLITAXELUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
184.	**PACLITAXELUM**	C57.3	PRZYMACICZA
185.	**PACLITAXELUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
186.	**PACLITAXELUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
187.	**PACLITAXELUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
188.	**PACLITAXELUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
189.	**PACLITAXELUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
190.	**PACLITAXELUM**	C60.0	NAPLETEK *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia
191.	**PACLITAXELUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
192.	**PACLITAXELUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
193.	**PACLITAXELUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
194.	**PACLITAXELUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
195.	**PACLITAXELUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
196.	**PACLITAXELUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
197.	**PACLITAXELUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
198.	**PACLITAXELUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
199.	**PACLITAXELUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
200.	**PACLITAXELUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
201.	**PACLITAXELUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	**PACLITAXELUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
203.	**PACLITAXELUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
204.	**PACLITAXELUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
205.	**PACLITAXELUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
206.	**PACLITAXELUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
207.	**PACLITAXELUM**	C67.7	MOCZOWNIK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
208.	**PACLITAXELUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
209.	**PACLITAXELUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
210.	**PACLITAXELUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
211.	**PACLITAXELUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
212.	**PACLITAXELUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
213.	**PACLITAXELUM**	C76.2	BRZUCH
214.	**PACLITAXELUM**	C76.3	MIEDNICA
215.	**PACLITAXELUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
216.	**PACLITAXELUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
217.	**PACLITAXELUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
218.	**PACLITAXELUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
219.	**PACLITAXELUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
220.	**PACLITAXELUM**	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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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	MIĘSAK 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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 *w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:* *1) gruczolakoraka płuca lub* *2) wielkokomórkowego raka płuca, lub* *3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych* *- w stopniu zaawansowania IIIB (chorzy poza możliwościami stosowania radiochemioterapii lub radioterapii radykalnej) lub IV, w pierwszej linii leczenia (w skojarzeniu z pochodnymi platyny) lub w drugiej linii leczenia (w monoterapii);*
2.	**PEMETREKSED**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE (obejmuje: ostrogę tchawicy i wnękę płuca) *w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:* *1) gruczolakoraka płuca lub* *2) wielkokomórkowego raka płuca, lub* *3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych* *- w stopniu zaawansowania IIIB (chorzy poza możliwościami stosowania radiochemioterapii lub radioterapii radykalnej) lub IV, w pierwszej linii leczenia (w skojarzeniu z pochodnymi platyny) lub w drugiej linii leczenia (w monoterapii);*
3.	**PEMETREKSED**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE *w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:* *1) gruczolakoraka płuca lub* *2) wielkokomórkowego raka płuca, lub* *3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych* *- w stopniu zaawansowania IIIB (chorzy poza możliwościami stosowania radiochemioterapii lub radioterapii radykalnej) lub IV, w pierwszej linii leczenia (w skojarzeniu z pochodnymi platyny) lub w drugiej linii leczenia (w monoterapii);*
4.	**PEMETREKSED**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE *w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:* *1) gruczolakoraka płuca lub* *2) wielkokomórkowego raka płuca, lub* *3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych*

			- w stopniu zaawansowania IIIB (chorzy poza możliwościami stosowania radiochemioterapii lub radioterapii radykalnej) lub IV, w pierwszej linii leczenia (w skojarzeniu z pochodnymi platyny) lub w drugiej linii leczenia (w monoterapii);
5.	**PEMETREKSED**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE *w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:* *1) gruczolakoraka płuca lub* *2) wielkokomórkowego raka płuca, lub* *3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych* *- w stopniu zaawansowania IIIB (chorzy poza możliwościami stosowania radiochemioterapii lub radioterapii radykalnej) lub IV, w pierwszej linii leczenia (w skojarzeniu z pochodnymi platyny) lub w drugiej linii leczenia (w monoterapii);*
6.	**PEMETREKSED**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE OSKRZELA I PŁUCA *w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:* *1) gruczolakoraka płuca lub* *2) wielkokomórkowego raka płuca, lub* *3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych* *- w stopniu zaawansowania IIIB (chorzy poza możliwościami stosowania radiochemioterapii lub radioterapii radykalnej) lub IV, w pierwszej linii leczenia (w skojarzeniu z pochodnymi platyny) lub w drugiej linii leczenia (w monoterapii);*
7.	**PEMETREKSED**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE *w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:* *1) gruczolakoraka płuca lub* *2) wielkokomórkowego raka płuca, lub* *3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych* *- w stopniu zaawansowania IIIB (chorzy poza możliwościami stosowania radiochemioterapii lub radioterapii radykalnej) lub IV, w pierwszej linii leczenia (w skojarzeniu z pochodnymi platyny) lub w drugiej linii leczenia (w monoterapii);*
8.	**PEMETREKSED**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
9.	**PEMETREKSED**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
10.	**PEMETREKSED**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
11.	**PEMETREKSED**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
12.	**PEMETREKSED**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
13.	**PEMETREKSED**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY

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**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
3.	**RITUXIMABUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
4.	**RITUXIMABUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
5.	**RITUXIMABUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
6.	**RITUXIMABUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	**RITUXIMABUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
8.	**RITUXIMABUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
9.	**RITUXIMABUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
10.	**RITUXIMABUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
11.	**RITUXIMABUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
12.	**RITUXIMABUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
13.	**RITUXIMABUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
14.	**RITUXIMABUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
15.	**RITUXIMABUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
16.	**RITUXIMABUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
17.	**RITUXIMABUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
18.	**RITUXIMABUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
19.	**RITUXIMABUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
20.	**RITUXIMABUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
21.	**RITUXIMABUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA

22.	**RITUXIMABUM**	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.	**TAMOXIFENUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	**TAMOXIFENUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	**TAMOXIFENUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	**TAMOXIFENUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	**TAMOXIFENUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	**TAMOXIFENUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	**TAMOXIFENUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	**TAMOXIFENUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	**TAMOXIFENUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	**TAMOXIFENUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	**TAMOXIFENUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	**TAMOXIFENUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
13.	**TAMOXIFENUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
14.	**TAMOXIFENUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
15.	**TAMOXIFENUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
16.	**TAMOXIFENUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
17.	**TAMOXIFENUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
18.	**TAMOXIFENUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**TAMOXIFENUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
20.	**TAMOXIFENUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
21.	**TAMOXIFENUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
22.	**TAMOXIFENUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
23.	**TAMOXIFENUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
24.	**TAMOXIFENUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
25.	**TAMOXIFENUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
26.	**TAMOXIFENUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
27.	**TAMOXIFENUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
28.	**TAMOXIFENUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
29.	**TAMOXIFENUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
30.	**TAMOXIFENUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
31.	**TAMOXIFENUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
32.	**TAMOXIFENUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
33.	**TAMOXIFENUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
34.	**TAMOXIFENUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
35.	**TAMOXIFENUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
36.	**TAMOXIFENUM**	C54.3	DNO MACICY
37.	**TAMOXIFENUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
38.	**TAMOXIFENUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
39.	**TAMOXIFENUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
40.	**TAMOXIFENUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
41.	**TAMOXIFENUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
42.	**TAMOXIFENUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**TAMOXIFENUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
44.	**TAMOXIFENUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
45.	**TAMOXIFENUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
46.	**TAMOXIFENUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
47.	**TAMOXIFENUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
48.	**TAMOXIFENUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
49.	**TAMOXIFENUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
50.	**TAMOXIFENUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
51.	**TAMOXIFENUM**	Q85.0	NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA
52.	**TAMOXIFENUM**	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE
53.	**TAMOXIFENUM**	Q85.8	INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ
54.	**TAMOXIFENUM**	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	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
4.	**THIOTEPUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
5.	**THIOTEPUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**THIOTEPUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
20.	**THIOTEPUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
21.	**THIOTEPUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
22.	**THIOTEPUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
23.	**THIOTEPUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
24.	**THIOTEPUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
25.	**THIOTEPUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
26.	**THIOTEPUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
27.	**THIOTEPUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
28.	**THIOTEPUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
29.	**THIOTEPUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
30.	**THIOTEPUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
31.	**THIOTEPUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
32.	**THIOTEPUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
33.	**THIOTEPUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
34.	**THIOTEPUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
35.	**THIOTEPUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
36.	**THIOTEPUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
37.	**THIOTEPUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
38.	**THIOTEPUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
39.	**THIOTEPUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
40.	**THIOTEPUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
41.	**THIOTEPUM**	C67.7	MOCZOWNIK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42.	**THIOTEPUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
43.	**THIOTEPUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
44.	**THIOTEPUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
45.	**THIOTEPUM**	C69.0	SPOJÓWKA
46.	**THIOTEPUM**	C69.1	ROGÓWKA
47.	**THIOTEPUM**	C69.2	SIATKÓWKA
48.	**THIOTEPUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
49.	**THIOTEPUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
50.	**THIOTEPUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
51.	**THIOTEPUM**	C69.6	OCZODÓŁ
52.	**THIOTEPUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
53.	**THIOTEPUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
54.	**THIOTEPUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
55.	**THIOTEPUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
56.	**THIOTEPUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
57.	**THIOTEPUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
58.	**THIOTEPUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
59.	**THIOTEPUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
60.	**THIOTEPUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
61.	**THIOTEPUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
62.	**THIOTEPUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
63.	**THIOTEPUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
64.	**THIOTEPUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
65.	**THIOTEPUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66.	**THIOTEPUM**	C74.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY (NADNERCZE NIEOKREŚLONE)
67.	**THIOTEPUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
68.	**THIOTEPUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
69.	**THIOTEPUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
70.	**THIOTEPUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
71.	**THIOTEPUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
72.	**THIOTEPUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
73.	**THIOTEPUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
74.	**THIOTEPUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
75.	**THIOTEPUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
76.	**THIOTEPUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
77.	**THIOTEPUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
78.	**THIOTEPUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
79.	**THIOTEPUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
80.	**THIOTEPUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
81.	**THIOTEPUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
82.	**THIOTEPUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
83.	**THIOTEPUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
84.	**THIOTEPUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
85.	**THIOTEPUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
86.	**THIOTEPUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
87.	**THIOTEPUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
88.	**THIOTEPUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
89.	**THIOTEPUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
90.	**THIOTEPUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
91.	**THIOTEPUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
92.	**THIOTEPUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
93.	**THIOTEPUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
94.	**THIOTEPUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
95.	**THIOTEPUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
96.	**THIOTEPUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
97.	**THIOTEPUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
98.	**THIOTEPUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
99.	**THIOTEPUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
100.	**THIOTEPUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
101.	**THIOTEPUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
102.	**THIOTEPUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.56.

TIOGUANINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TIOGUANINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	**TIOGUANINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	**TIOGUANINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	**TIOGUANINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	**TIOGUANINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	**TIOGUANINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	**TIOGUANINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	**TIOGUANINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	**TIOGUANINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	**TIOGUANINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	**TIOGUANINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	**TIOGUANINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	**TIOGUANINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	**TIOGUANINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	**TIOGUANINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	**TIOGUANINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	**TIOGUANINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	**TIOGUANINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**TIOGUANINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	**TIOGUANINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
21.	**TIOGUANINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	**TIOGUANINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	**TIOGUANINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	**TIOGUANINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	**TIOGUANINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	**TIOGUANINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	**TIOGUANINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	**TIOGUANINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	**TIOGUANINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	**TIOGUANINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
31.	**TIOGUANINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
32.	**TIOGUANINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
33.	**TIOGUANINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
34.	**TIOGUANINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
35.	**TIOGUANINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36.	**TIOGUANINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
37.	**TIOGUANINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	**TIOGUANINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
39.	**TIOGUANINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
40.	**TIOGUANINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
41.	**TIOGUANINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
42.	**TIOGUANINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**TIOGUANINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
44.	**TIOGUANINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45.	**TIOGUANINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
46.	**TIOGUANINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	**TIOGUANINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
48.	**TIOGUANINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
49.	**TIOGUANINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
50.	**TIOGUANINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
51.	**TIOGUANINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
52.	**TIOGUANINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
53.	**TIOGUANINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	**TIOGUANINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
55.	**TIOGUANINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56.	**TIOGUANINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57.	**TIOGUANINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
58.	**TIOGUANINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
59.	**TIOGUANINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
60.	**TIOGUANINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
61.	**TIOGUANINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
62.	**TIOGUANINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
63.	**TIOGUANINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
64.	**TIOGUANINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
65.	**TIOGUANINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
66.	**TIOGUANINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**TIOGUANINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
68.	**TIOGUANINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
69.	**TIOGUANINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70.	**TIOGUANINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71.	**TIOGUANINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
72.	**TIOGUANINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
73.	**TIOGUANINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
74.	**TIOGUANINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
75.	**TIOGUANINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
76.	**TIOGUANINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
77.	**TIOGUANINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
78.	**TIOGUANINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
79.	**TIOGUANINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
80.	**TIOGUANINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81.	**TIOGUANINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
82.	**TIOGUANINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW

Załącznik C.57.1.

TOPOTECANUM p.o.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	**TOPOTECANUM doustnie**	C56	NOWOTWÓR ZŁOSLIWY 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 OPŁUCNEJ
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	OPŁUCNA
14.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
43.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
44.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
45.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
46.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
47.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
48.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74.0	KORA NADNERCZY
49.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
50.	**TOPOTECANUM 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.	**TRETINOINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
24.	**TRETINOINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA

Załącznik C.60.

VINBLASTINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**VINBLASTINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**VINBLASTINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**VINBLASTINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**VINBLASTINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**VINBLASTINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**VINBLASTINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**VINBLASTINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**VINBLASTINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**VINBLASTINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**VINBLASTINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**VINBLASTINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**VINBLASTINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**VINBLASTINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**VINBLASTINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**VINBLASTINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**VINBLASTINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**VINBLASTINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**VINBLASTINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**VINBLASTINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**VINBLASTINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**VINBLASTINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**VINBLASTINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**VINBLASTINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**VINBLASTINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**VINBLASTINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**VINBLASTINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**VINBLASTINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**VINBLASTINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**VINBLASTINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**VINBLASTINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**VINBLASTINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**VINBLASTINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**VINBLASTINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**VINBLASTINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**VINBLASTINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**VINBLASTINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**VINBLASTINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**VINBLASTINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**VINBLASTINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**VINBLASTINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**VINBLASTINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**VINBLASTINUM**	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.	**VINBLASTINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**VINBLASTINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**VINBLASTINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**VINBLASTINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**VINBLASTINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**VINBLASTINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**VINBLASTINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**VINBLASTINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**VINBLASTINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**VINBLASTINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**VINBLASTINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**VINBLASTINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**VINBLASTINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**VINBLASTINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**VINBLASTINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**VINBLASTINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**VINBLASTINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**VINBLASTINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**VINBLASTINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**VINBLASTINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**VINBLASTINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**VINBLASTINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**VINBLASTINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**VINBLASTINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**VINBLASTINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**VINBLASTINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**VINBLASTINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**VINBLASTINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**VINBLASTINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**VINBLASTINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**VINBLASTINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**VINBLASTINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**VINBLASTINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**VINBLASTINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**VINBLASTINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**VINBLASTINUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79.	**VINBLASTINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80.	**VINBLASTINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81.	**VINBLASTINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82.	**VINBLASTINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83.	**VINBLASTINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84.	**VINBLASTINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85.	**VINBLASTINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86.	**VINBLASTINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87.	**VINBLASTINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88.	**VINBLASTINUM**	C16.0	WPUST
89.	**VINBLASTINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90.	**VINBLASTINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91.	**VINBLASTINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92.	**VINBLASTINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
93.	**VINBLASTINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94.	**VINBLASTINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95.	**VINBLASTINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96.	**VINBLASTINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97.	**VINBLASTINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98.	**VINBLASTINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99.	**VINBLASTINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100.	**VINBLASTINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101.	**VINBLASTINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102.	**VINBLASTINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103.	**VINBLASTINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104.	**VINBLASTINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105.	**VINBLASTINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106.	**VINBLASTINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107.	**VINBLASTINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108.	**VINBLASTINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109.	**VINBLASTINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110.	**VINBLASTINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111.	**VINBLASTINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112.	**VINBLASTINUM**	C18.7	ESICA
113.	**VINBLASTINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114.	**VINBLASTINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115.	**VINBLASTINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116.	**VINBLASTINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117.	**VINBLASTINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118.	**VINBLASTINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119.	**VINBLASTINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120.	**VINBLASTINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121.	**VINBLASTINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122.	**VINBLASTINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123.	**VINBLASTINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124.	**VINBLASTINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125.	**VINBLASTINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126.	**VINBLASTINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127.	**VINBLASTINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128.	**VINBLASTINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129.	**VINBLASTINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130.	**VINBLASTINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131.	**VINBLASTINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132.	**VINBLASTINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133.	**VINBLASTINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134.	**VINBLASTINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135.	**VINBLASTINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136.	**VINBLASTINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137.	**VINBLASTINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138.	**VINBLASTINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139.	**VINBLASTINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
140.	**VINBLASTINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141.	**VINBLASTINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142.	**VINBLASTINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143.	**VINBLASTINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144.	**VINBLASTINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145.	**VINBLASTINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146.	**VINBLASTINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147.	**VINBLASTINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
148.	**VINBLASTINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149.	**VINBLASTINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150.	**VINBLASTINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151.	**VINBLASTINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
152.	**VINBLASTINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153.	**VINBLASTINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	**VINBLASTINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155.	**VINBLASTINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156.	**VINBLASTINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157.	**VINBLASTINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158.	**VINBLASTINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159.	**VINBLASTINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160.	**VINBLASTINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161.	**VINBLASTINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
162.	**VINBLASTINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
163.	**VINBLASTINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
164.	**VINBLASTINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
165.	**VINBLASTINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
166.	**VINBLASTINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
167.	**VINBLASTINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
168.	**VINBLASTINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
169.	**VINBLASTINUM**	C38.0	SERCE
170.	**VINBLASTINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
171.	**VINBLASTINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
172.	**VINBLASTINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
173.	**VINBLASTINUM**	C38.4	OPŁUCNA
174.	**VINBLASTINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
175.	**VINBLASTINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
176.	**VINBLASTINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
177.	**VINBLASTINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
178.	**VINBLASTINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
179.	**VINBLASTINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
180.	**VINBLASTINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181.	**VINBLASTINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
182.	**VINBLASTINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183.	**VINBLASTINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
184.	**VINBLASTINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
185.	**VINBLASTINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
186.	**VINBLASTINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
187.	**VINBLASTINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
188.	**VINBLASTINUM**	C41.1	ŻUCHWA
189.	**VINBLASTINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
190.	**VINBLASTINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
191.	**VINBLASTINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
192.	**VINBLASTINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
193.	**VINBLASTINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
194.	**VINBLASTINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
195.	**VINBLASTINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
196.	**VINBLASTINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
197.	**VINBLASTINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
198.	**VINBLASTINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
199.	**VINBLASTINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
200.	**VINBLASTINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
201.	**VINBLASTINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
202.	**VINBLASTINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
203.	**VINBLASTINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
204.	**VINBLASTINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
205.	**VINBLASTINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
206.	**VINBLASTINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207.	**VINBLASTINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
208.	**VINBLASTINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
209.	**VINBLASTINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
210.	**VINBLASTINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
211.	**VINBLASTINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
212.	**VINBLASTINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
213.	**VINBLASTINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
214.	**VINBLASTINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
215.	**VINBLASTINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
216.	**VINBLASTINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
217.	**VINBLASTINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
218.	**VINBLASTINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
219.	**VINBLASTINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
220.	**VINBLASTINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
221.	**VINBLASTINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
222.	**VINBLASTINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
223.	**VINBLASTINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
224.	**VINBLASTINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
225.	**VINBLASTINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
226.	**VINBLASTINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
227.	**VINBLASTINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
228.	**VINBLASTINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
229.	**VINBLASTINUM**	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
230.	**VINBLASTINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
231.	**VINBLASTINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
232.	**VINBLASTINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
233.	**VINBLASTINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
234.	**VINBLASTINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
235.	**VINBLASTINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
236.	**VINBLASTINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
237.	**VINBLASTINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
238.	**VINBLASTINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
239.	**VINBLASTINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
240.	**VINBLASTINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
241.	**VINBLASTINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
242.	**VINBLASTINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
243.	**VINBLASTINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
244.	**VINBLASTINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
245.	**VINBLASTINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
246.	**VINBLASTINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
247.	**VINBLASTINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
248.	**VINBLASTINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
249.	**VINBLASTINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
250.	**VINBLASTINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
251.	**VINBLASTINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
252.	**VINBLASTINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253.	**VINBLASTINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
254.	**VINBLASTINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
255.	**VINBLASTINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
256.	**VINBLASTINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
257.	**VINBLASTINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
258.	**VINBLASTINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
259.	**VINBLASTINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
260.	**VINBLASTINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
261.	**VINBLASTINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
262.	**VINBLASTINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
263.	**VINBLASTINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
264.	**VINBLASTINUM**	C54.3	DNO MACICY
265.	**VINBLASTINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
266.	**VINBLASTINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
267.	**VINBLASTINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
268.	**VINBLASTINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
269.	**VINBLASTINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
270.	**VINBLASTINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
271.	**VINBLASTINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
272.	**VINBLASTINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
273.	**VINBLASTINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
274.	**VINBLASTINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
275.	**VINBLASTINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
276.	**VINBLASTINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277.	**VINBLASTINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
278.	**VINBLASTINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
279.	**VINBLASTINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
280.	**VINBLASTINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
281.	**VINBLASTINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
282.	**VINBLASTINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
283.	**VINBLASTINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
284.	**VINBLASTINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
285.	**VINBLASTINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
286.	**VINBLASTINUM**	C63.2	MOSZNA
287.	**VINBLASTINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
288.	**VINBLASTINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	**VINBLASTINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
290.	**VINBLASTINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
291.	**VINBLASTINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
292.	**VINBLASTINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
293.	**VINBLASTINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
294.	**VINBLASTINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295.	**VINBLASTINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
296.	**VINBLASTINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297.	**VINBLASTINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298.	**VINBLASTINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	**VINBLASTINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	**VINBLASTINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301.	**VINBLASTINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
302.	**VINBLASTINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	**VINBLASTINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
304.	**VINBLASTINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
305.	**VINBLASTINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
306.	**VINBLASTINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
307.	**VINBLASTINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
308.	**VINBLASTINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	**VINBLASTINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
310.	**VINBLASTINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
311.	**VINBLASTINUM**	C69.1	ROGÓWKA
312.	**VINBLASTINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
313.	**VINBLASTINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
314.	**VINBLASTINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
315.	**VINBLASTINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
316.	**VINBLASTINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
317.	**VINBLASTINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
318.	**VINBLASTINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
319.	**VINBLASTINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
320.	**VINBLASTINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
321.	**VINBLASTINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
322.	**VINBLASTINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
323.	**VINBLASTINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
324.	**VINBLASTINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325.	**VINBLASTINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
326.	**VINBLASTINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
327.	**VINBLASTINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
328.	**VINBLASTINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
329.	**VINBLASTINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
330.	**VINBLASTINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
331.	**VINBLASTINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
332.	**VINBLASTINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
333.	**VINBLASTINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
334.	**VINBLASTINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
335.	**VINBLASTINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
336.	**VINBLASTINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
337.	**VINBLASTINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
338.	**VINBLASTINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
339.	**VINBLASTINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
340.	**VINBLASTINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
341.	**VINBLASTINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
342.	**VINBLASTINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
343.	**VINBLASTINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
344.	**VINBLASTINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
345.	**VINBLASTINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
346.	**VINBLASTINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
347.	**VINBLASTINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348.	**VINBLASTINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
349.	**VINBLASTINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
350.	**VINBLASTINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
351.	**VINBLASTINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
352.	**VINBLASTINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
353.	**VINBLASTINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
354.	**VINBLASTINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
355.	**VINBLASTINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
356.	**VINBLASTINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
357.	**VINBLASTINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
358.	**VINBLASTINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
359.	**VINBLASTINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
360.	**VINBLASTINUM**	C76.2	BRZUCH
361.	**VINBLASTINUM**	C76.3	MIEDNICA
362.	**VINBLASTINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
363.	**VINBLASTINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
364.	**VINBLASTINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
365.	**VINBLASTINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
366.	**VINBLASTINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
367.	**VINBLASTINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
368.	**VINBLASTINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
369.	**VINBLASTINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
370.	**VINBLASTINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371.	**VINBLASTINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
372.	**VINBLASTINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
373.	**VINBLASTINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
374.	**VINBLASTINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
375.	**VINBLASTINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
376.	**VINBLASTINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
377.	**VINBLASTINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
378.	**VINBLASTINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
379.	**VINBLASTINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
380.	**VINBLASTINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
381.	**VINBLASTINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
382.	**VINBLASTINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
383.	**VINBLASTINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
384.	**VINBLASTINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
385.	**VINBLASTINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
386.	**VINBLASTINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
387.	**VINBLASTINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
388.	**VINBLASTINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
389.	**VINBLASTINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
390.	**VINBLASTINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
391.	**VINBLASTINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
392.	**VINBLASTINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	**VINBLASTINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
394.	**VINBLASTINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
395.	**VINBLASTINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
396.	**VINBLASTINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
397.	**VINBLASTINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
398.	**VINBLASTINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
399.	**VINBLASTINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
400.	**VINBLASTINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
401.	**VINBLASTINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
402.	**VINBLASTINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
403.	**VINBLASTINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
404.	**VINBLASTINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
405.	**VINBLASTINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
406.	**VINBLASTINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
407.	**VINBLASTINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
408.	**VINBLASTINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
409.	**VINBLASTINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
410.	**VINBLASTINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
411.	**VINBLASTINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
412.	**VINBLASTINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
413.	**VINBLASTINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
414.	**VINBLASTINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
415.	**VINBLASTINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416.	**VINBLASTINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
417.	**VINBLASTINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
418.	**VINBLASTINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
419.	**VINBLASTINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
420.	**VINBLASTINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
421.	**VINBLASTINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
422.	**VINBLASTINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
423.	**VINBLASTINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
424.	**VINBLASTINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
425.	**VINBLASTINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	**VINBLASTINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
427.	**VINBLASTINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
428.	**VINBLASTINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
429.	**VINBLASTINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
430.	**VINBLASTINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
431.	**VINBLASTINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
432.	**VINBLASTINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
433.	**VINBLASTINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
434.	**VINBLASTINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
435.	**VINBLASTINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
436.	**VINBLASTINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
437.	**VINBLASTINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	**VINBLASTINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
439.	**VINBLASTINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440.	**VINBLASTINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
441.	**VINBLASTINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
442.	**VINBLASTINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
443.	**VINBLASTINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
444.	**VINBLASTINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
445.	**VINBLASTINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
446.	**VINBLASTINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
447.	**VINBLASTINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
448.	**VINBLASTINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
449.	**VINBLASTINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
450.	**VINBLASTINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
451.	**VINBLASTINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
452.	**VINBLASTINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
453.	**VINBLASTINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
454.	**VINBLASTINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
455.	**VINBLASTINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
456.	**VINBLASTINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
457.	**VINBLASTINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
458.	**VINBLASTINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
459.	**VINBLASTINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
460.	**VINBLASTINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461.	**VINBLASTINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462.	**VINBLASTINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
463.	**VINBLASTINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464.	**VINBLASTINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
465.	**VINBLASTINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
466.	**VINBLASTINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
467.	**VINBLASTINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
468.	**VINBLASTINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
469.	**VINBLASTINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
470.	**VINBLASTINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
471.	**VINBLASTINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
472.	**VINBLASTINUM**	D01.2	ODBYTNICA
473.	**VINBLASTINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
474.	**VINBLASTINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
475.	**VINBLASTINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
476.	**VINBLASTINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
477.	**VINBLASTINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
478.	**VINBLASTINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
479.	**VINBLASTINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
480.	**VINBLASTINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
481.	**VINBLASTINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
482.	**VINBLASTINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
483.	**VINBLASTINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
484.	**VINBLASTINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
485.	**VINBLASTINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
486.	**VINBLASTINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
487.	**VINBLASTINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
488.	**VINBLASTINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
489.	**VINBLASTINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
490.	**VINBLASTINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
491.	**VINBLASTINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
492.	**VINBLASTINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
493.	**VINBLASTINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
494.	**VINBLASTINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
495.	**VINBLASTINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
496.	**VINBLASTINUM**	D07.1	SROM
497.	**VINBLASTINUM**	D07.2	POCHWA
498.	**VINBLASTINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
499.	**VINBLASTINUM**	D07.4	PRĄCIE
500.	**VINBLASTINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
501.	**VINBLASTINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
502.	**VINBLASTINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
503.	**VINBLASTINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
504.	**VINBLASTINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
505.	**VINBLASTINUM**	D09.2	OKO
506.	**VINBLASTINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
507.	**VINBLASTINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
508.	**VINBLASTINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
509.	**VINBLASTINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
510.	**VINBLASTINUM**	D10.0	WARGA
511.	**VINBLASTINUM**	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
512.	**VINBLASTINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
513.	**VINBLASTINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
514.	**VINBLASTINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
515.	**VINBLASTINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
516.	**VINBLASTINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
517.	**VINBLASTINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
518.	**VINBLASTINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
519.	**VINBLASTINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
520.	**VINBLASTINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
521.	**VINBLASTINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
522.	**VINBLASTINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
523.	**VINBLASTINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
524.	**VINBLASTINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
525.	**VINBLASTINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
526.	**VINBLASTINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
527.	**VINBLASTINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
528.	**VINBLASTINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
529.	**VINBLASTINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
530.	**VINBLASTINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
531.	**VINBLASTINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
532.	**VINBLASTINUM**	D12.8	ODBYTNICA
533.	**VINBLASTINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
534.	**VINBLASTINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
535.	**VINBLASTINUM**	D13.0	PRZEŁYK
536.	**VINBLASTINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
537.	**VINBLASTINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
538.	**VINBLASTINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
539.	**VINBLASTINUM**	D13.4	WĄTROBA
540.	**VINBLASTINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
541.	**VINBLASTINUM**	D13.6	TRZUSTKA
542.	**VINBLASTINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
543.	**VINBLASTINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
544.	**VINBLASTINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
545.	**VINBLASTINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
546.	**VINBLASTINUM**	D14.1	KRTAŃ
547.	**VINBLASTINUM**	D14.2	TCHAWICA
548.	**VINBLASTINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
549.	**VINBLASTINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
550.	**VINBLASTINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
551.	**VINBLASTINUM**	D15.0	GRASICA
552.	**VINBLASTINUM**	D15.1	SERCE
553.	**VINBLASTINUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
554.	**VINBLASTINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
555.	**VINBLASTINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
556.	**VINBLASTINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
557.	**VINBLASTINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	**VINBLASTINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
559.	**VINBLASTINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
560.	**VINBLASTINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
561.	**VINBLASTINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
562.	**VINBLASTINUM**	D16.5	ŻUCHWA
563.	**VINBLASTINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
564.	**VINBLASTINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
565.	**VINBLASTINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
566.	**VINBLASTINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
567.	**VINBLASTINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
568.	**VINBLASTINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
569.	**VINBLASTINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
570.	**VINBLASTINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
571.	**VINBLASTINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
572.	**VINBLASTINUM**	D20.1	OTRZEWNA
573.	**VINBLASTINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
574.	**VINBLASTINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
575.	**VINBLASTINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
576.	**VINBLASTINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
577.	**VINBLASTINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
578.	**VINBLASTINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
579.	**VINBLASTINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
580.	**VINBLASTINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
581.	**VINBLASTINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
582.	**VINBLASTINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
583.	**VINBLASTINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
584.	**VINBLASTINUM**	D28.0	SROM
585.	**VINBLASTINUM**	D28.1	POCHWA
586.	**VINBLASTINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
587.	**VINBLASTINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
588.	**VINBLASTINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
589.	**VINBLASTINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
590.	**VINBLASTINUM**	D29.0	PRĄCIE
591.	**VINBLASTINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
592.	**VINBLASTINUM**	D29.2	JĄDRO
593.	**VINBLASTINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
594.	**VINBLASTINUM**	D29.4	MOSZNA
595.	**VINBLASTINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
596.	**VINBLASTINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
597.	**VINBLASTINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
598.	**VINBLASTINUM**	D30.0	NERKA
599.	**VINBLASTINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
600.	**VINBLASTINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
601.	**VINBLASTINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
602.	**VINBLASTINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
603.	**VINBLASTINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
604.	**VINBLASTINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
605.	**VINBLASTINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
606.	**VINBLASTINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
607.	**VINBLASTINUM**	D31.1	ROGÓWKA
608.	**VINBLASTINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
609.	**VINBLASTINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
610.	**VINBLASTINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
611.	**VINBLASTINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
612.	**VINBLASTINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
613.	**VINBLASTINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
614.	**VINBLASTINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
615.	**VINBLASTINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
616.	**VINBLASTINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
617.	**VINBLASTINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
618.	**VINBLASTINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
619.	**VINBLASTINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
620.	**VINBLASTINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
621.	**VINBLASTINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
622.	**VINBLASTINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
623.	**VINBLASTINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
624.	**VINBLASTINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
625.	**VINBLASTINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
626.	**VINBLASTINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
627.	**VINBLASTINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
628.	**VINBLASTINUM**	D35.0	NADNERCZA
629.	**VINBLASTINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
630.	**VINBLASTINUM**	D35.2	PRZYSADKA
631.	**VINBLASTINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
632.	**VINBLASTINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
633.	**VINBLASTINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
634.	**VINBLASTINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
635.	**VINBLASTINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
636.	**VINBLASTINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
637.	**VINBLASTINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
638.	**VINBLASTINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
639.	**VINBLASTINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
640.	**VINBLASTINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
641.	**VINBLASTINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
642.	**VINBLASTINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
643.	**VINBLASTINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
644.	**VINBLASTINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
645.	**VINBLASTINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
646.	**VINBLASTINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
647.	**VINBLASTINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
648.	**VINBLASTINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
649.	**VINBLASTINUM**	D37.5	ODBYTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
650.	**VINBLASTINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
651.	**VINBLASTINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
652.	**VINBLASTINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
653.	**VINBLASTINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
654.	**VINBLASTINUM**	D38.0	KRTAŃ
655.	**VINBLASTINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
656.	**VINBLASTINUM**	D38.2	OPŁUCNA
657.	**VINBLASTINUM**	D38.3	SRÓDPIERSIE
658.	**VINBLASTINUM**	D38.4	GRASICA
659.	**VINBLASTINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
660.	**VINBLASTINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
661.	**VINBLASTINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
662.	**VINBLASTINUM**	D39.0	MACICA
663.	**VINBLASTINUM**	D39.1	JAJNIK
664.	**VINBLASTINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
665.	**VINBLASTINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
666.	**VINBLASTINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
667.	**VINBLASTINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
668.	**VINBLASTINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
669.	**VINBLASTINUM**	D40.1	JĄDRO
670.	**VINBLASTINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
671.	**VINBLASTINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672.	**VINBLASTINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
673.	**VINBLASTINUM**	D41.0	NERKA
674.	**VINBLASTINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
675.	**VINBLASTINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
676.	**VINBLASTINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
677.	**VINBLASTINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
678.	**VINBLASTINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
679.	**VINBLASTINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
680.	**VINBLASTINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
681.	**VINBLASTINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
682.	**VINBLASTINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
683.	**VINBLASTINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
684.	**VINBLASTINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
685.	**VINBLASTINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
686.	**VINBLASTINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
687.	**VINBLASTINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
688.	**VINBLASTINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
689.	**VINBLASTINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
690.	**VINBLASTINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
691.	**VINBLASTINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
692.	**VINBLASTINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
693.	**VINBLASTINUM**	D44.0	TARCZYCA
694.	**VINBLASTINUM**	D44.1	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695.	**VINBLASTINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
696.	**VINBLASTINUM**	D44.3	PRZYSADKA
697.	**VINBLASTINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
698.	**VINBLASTINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
699.	**VINBLASTINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
700.	**VINBLASTINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
701.	**VINBLASTINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
702.	**VINBLASTINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
703.	**VINBLASTINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
704.	**VINBLASTINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
705.	**VINBLASTINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE
706.	**VINBLASTINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
707.	**VINBLASTINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
708.	**VINBLASTINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
709.	**VINBLASTINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
710.	**VINBLASTINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
711.	**VINBLASTINUM**	D48.4	OTRZEWNA
712.	**VINBLASTINUM**	D48.5	SKÓRA
713.	**VINBLASTINUM**	D48.6	SUTEK
714.	**VINBLASTINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
715.	**VINBLASTINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
716.	**VINBLASTINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
717.	**VINBLASTINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
718.	**VINBLASTINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM

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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**VINCRISTINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**VINCRISTINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**VINCRISTINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**VINCRISTINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**VINCRISTINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**VINCRISTINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**VINCRISTINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**VINCRISTINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**VINCRISTINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**VINCRISTINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**VINCRISTINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**VINCRISTINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**VINCRISTINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**VINCRISTINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**VINCRISTINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**VINCRISTINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**VINCRISTINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**VINCRISTINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**VINCRISTINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**VINCRISTINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**VINCRISTINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**VINCRISTINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**VINCRISTINUM**	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.	**VINCRISTINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**VINCRISTINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**VINCRISTINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**VINCRISTINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**VINCRISTINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**VINCRISTINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**VINCRISTINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**VINCRISTINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**VINCRISTINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**VINCRISTINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**VINCRISTINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**VINCRISTINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**VINCRISTINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**VINCRISTINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**VINCRISTINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**VINCRISTINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**VINCRISTINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**VINCRISTINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**VINCRISTINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**VINCRISTINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**VINCRISTINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**VINCRISTINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**VINCRISTINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**VINCRISTINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**VINCRISTINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**VINCRISTINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**VINCRISTINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**VINCRISTINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**VINCRISTINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**VINCRISTINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**VINCRISTINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**VINCRISTINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**VINCRISTINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**VINCRISTINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**VINCRISTINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**VINCRISTINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	**VINCRISTINUM**	C16.0	WPUST
80.	**VINCRISTINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	**VINCRISTINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	**VINCRISTINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	**VINCRISTINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	**VINCRISTINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	**VINCRISTINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	**VINCRISTINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	**VINCRISTINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	**VINCRISTINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	**VINCRISTINUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90.	**VINCRISTINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91.	**VINCRISTINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	**VINCRISTINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93.	**VINCRISTINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	**VINCRISTINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	**VINCRISTINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	**VINCRISTINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	**VINCRISTINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	**VINCRISTINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	**VINCRISTINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	**VINCRISTINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	**VINCRISTINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	**VINCRISTINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103.	**VINCRISTINUM**	C18.7	ESICA
104.	**VINCRISTINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	**VINCRISTINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	**VINCRISTINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	**VINCRISTINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	**VINCRISTINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	**VINCRISTINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	**VINCRISTINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	**VINCRISTINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	**VINCRISTINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	**VINCRISTINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114.	**VINCRISTINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	**VINCRISTINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	**VINCRISTINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	**VINCRISTINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	**VINCRISTINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	**VINCRISTINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	**VINCRISTINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	**VINCRISTINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	**VINCRISTINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	**VINCRISTINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	**VINCRISTINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	**VINCRISTINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	**VINCRISTINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**VINCRISTINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	**VINCRISTINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	**VINCRISTINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130.	**VINCRISTINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	**VINCRISTINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	**VINCRISTINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	**VINCRISTINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	**VINCRISTINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	**VINCRISTINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	**VINCRISTINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137.	**VINCRISTINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	**VINCRISTINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	**VINCRISTINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	**VINCRISTINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	**VINCRISTINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	**VINCRISTINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	**VINCRISTINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	**VINCRISTINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	**VINCRISTINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	**VINCRISTINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	**VINCRISTINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	**VINCRISTINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	**VINCRISTINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	**VINCRISTINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	**VINCRISTINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	**VINCRISTINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	**VINCRISTINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	**VINCRISTINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	**VINCRISTINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	**VINCRISTINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157.	**VINCRISTINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	**VINCRISTINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	**VINCRISTINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	**VINCRISTINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161.	**VINCRISTINUM**	C38.0	SERCE
162.	**VINCRISTINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	**VINCRISTINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	**VINCRISTINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	**VINCRISTINUM**	C38.4	OPŁUCNA
166.	**VINCRISTINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167.	**VINCRISTINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	**VINCRISTINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	**VINCRISTINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	**VINCRISTINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	**VINCRISTINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	**VINCRISTINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	**VINCRISTINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	**VINCRISTINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	**VINCRISTINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	**VINCRISTINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	**VINCRISTINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	**VINCRISTINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	**VINCRISTINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	**VINCRISTINUM**	C41.1	ŻUCHWA
181.	**VINCRISTINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	**VINCRISTINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	**VINCRISTINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	**VINCRISTINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	**VINCRISTINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	**VINCRISTINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	**VINCRISTINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	**VINCRISTINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	**VINCRISTINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	**VINCRISTINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	**VINCRISTINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	**VINCRISTINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	**VINCRISTINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	**VINCRISTINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	**VINCRISTINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	**VINCRISTINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	**VINCRISTINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
198.	**VINCRISTINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
199.	**VINCRISTINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
200.	**VINCRISTINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
201.	**VINCRISTINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
202.	**VINCRISTINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
203.	**VINCRISTINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
204.	**VINCRISTINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
205.	**VINCRISTINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
206.	**VINCRISTINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207.	**VINCRISTINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
208.	**VINCRISTINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
209.	**VINCRISTINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
210.	**VINCRISTINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
211.	**VINCRISTINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
212.	**VINCRISTINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
213.	**VINCRISTINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
214.	**VINCRISTINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
215.	**VINCRISTINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
216.	**VINCRISTINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
217.	**VINCRISTINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
218.	**VINCRISTINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
219.	**VINCRISTINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	**VINCRISTINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
221.	**VINCRISTINUM**	C48.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
222.	**VINCRISTINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
223.	**VINCRISTINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
224.	**VINCRISTINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
225.	**VINCRISTINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
226.	**VINCRISTINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
227.	**VINCRISTINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
228.	**VINCRISTINUM**	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
229.	**VINCRISTINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
230.	**VINCRISTINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
231.	**VINCRISTINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
232.	**VINCRISTINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
233.	**VINCRISTINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
234.	**VINCRISTINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
235.	**VINCRISTINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
236.	**VINCRISTINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
237.	**VINCRISTINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
238.	**VINCRISTINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
239.	**VINCRISTINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
240.	**VINCRISTINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241.	**VINCRISTINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
242.	**VINCRISTINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243.	**VINCRISTINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
244.	**VINCRISTINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
245.	**VINCRISTINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
246.	**VINCRISTINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
247.	**VINCRISTINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
248.	**VINCRISTINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
249.	**VINCRISTINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
250.	**VINCRISTINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
251.	**VINCRISTINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
252.	**VINCRISTINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253.	**VINCRISTINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
254.	**VINCRISTINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
255.	**VINCRISTINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
256.	**VINCRISTINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
257.	**VINCRISTINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
258.	**VINCRISTINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
259.	**VINCRISTINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
260.	**VINCRISTINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
261.	**VINCRISTINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
262.	**VINCRISTINUM**	C54.3	DNO MACICY
263.	**VINCRISTINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
264.	**VINCRISTINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
265.	**VINCRISTINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
266.	**VINCRISTINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
267.	**VINCRISTINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
268.	**VINCRISTINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
269.	**VINCRISTINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
270.	**VINCRISTINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
271.	**VINCRISTINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
272.	**VINCRISTINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
273.	**VINCRISTINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
274.	**VINCRISTINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	**VINCRISTINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
276.	**VINCRISTINUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277.	**VINCRISTINUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
278.	**VINCRISTINUM**	C60.0	NAPLETEK
279.	**VINCRISTINUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
280.	**VINCRISTINUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
281.	**VINCRISTINUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
282.	**VINCRISTINUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
283.	**VINCRISTINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	**VINCRISTINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	**VINCRISTINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	**VINCRISTINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	**VINCRISTINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	**VINCRISTINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	**VINCRISTINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
290.	**VINCRISTINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	**VINCRISTINUM**	C63.2	MOSZNA
292.	**VINCRISTINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	**VINCRISTINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	**VINCRISTINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	**VINCRISTINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	**VINCRISTINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	**VINCRISTINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	**VINCRISTINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	**VINCRISTINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	**VINCRISTINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301.	**VINCRISTINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	**VINCRISTINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	**VINCRISTINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	**VINCRISTINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	**VINCRISTINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
306.	**VINCRISTINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
307.	**VINCRISTINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	**VINCRISTINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	**VINCRISTINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	**VINCRISTINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	**VINCRISTINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	**VINCRISTINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	**VINCRISTINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	**VINCRISTINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	**VINCRISTINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
316.	**VINCRISTINUM**	C69.1	ROGÓWKA
317.	**VINCRISTINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
318.	**VINCRISTINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	**VINCRISTINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	**VINCRISTINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	**VINCRISTINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
322.	**VINCRISTINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	**VINCRISTINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	**VINCRISTINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325.	**VINCRISTINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	**VINCRISTINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	**VINCRISTINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	**VINCRISTINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	**VINCRISTINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
330.	**VINCRISTINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	**VINCRISTINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	**VINCRISTINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	**VINCRISTINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	**VINCRISTINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	**VINCRISTINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
336.	**VINCRISTINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	**VINCRISTINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	**VINCRISTINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	**VINCRISTINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	**VINCRISTINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	**VINCRISTINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	**VINCRISTINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	**VINCRISTINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	**VINCRISTINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	**VINCRISTINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	**VINCRISTINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	**VINCRISTINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348.	**VINCRISTINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	**VINCRISTINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	**VINCRISTINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	**VINCRISTINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	**VINCRISTINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
353.	**VINCRISTINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	**VINCRISTINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	**VINCRISTINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	**VINCRISTINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	**VINCRISTINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
358.	**VINCRISTINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	**VINCRISTINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
360.	**VINCRISTINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	**VINCRISTINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	**VINCRISTINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	**VINCRISTINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	**VINCRISTINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	**VINCRISTINUM**	C76.2	BRZUCH
366.	**VINCRISTINUM**	C76.3	MIEDNICA
367.	**VINCRISTINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	**VINCRISTINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	**VINCRISTINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	**VINCRISTINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371.	**VINCRISTINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	**VINCRISTINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	**VINCRISTINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	**VINCRISTINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	**VINCRISTINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
376.	**VINCRISTINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	**VINCRISTINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	**VINCRISTINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	**VINCRISTINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	**VINCRISTINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
381.	**VINCRISTINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	**VINCRISTINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	**VINCRISTINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	**VINCRISTINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	**VINCRISTINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	**VINCRISTINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	**VINCRISTINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	**VINCRISTINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	**VINCRISTINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	**VINCRISTINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	**VINCRISTINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	**VINCRISTINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	**VINCRISTINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	**VINCRISTINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	**VINCRISTINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	**VINCRISTINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	**VINCRISTINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
398.	**VINCRISTINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	**VINCRISTINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	**VINCRISTINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	**VINCRISTINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	**VINCRISTINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	**VINCRISTINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	**VINCRISTINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	**VINCRISTINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	**VINCRISTINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	**VINCRISTINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	**VINCRISTINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	**VINCRISTINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	**VINCRISTINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	**VINCRISTINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	**VINCRISTINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	**VINCRISTINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	**VINCRISTINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	**VINCRISTINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416.	**VINCRISTINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	**VINCRISTINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	**VINCRISTINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	**VINCRISTINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	**VINCRISTINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
421.	**VINCRISTINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	**VINCRISTINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	**VINCRISTINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	**VINCRISTINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	**VINCRISTINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	**VINCRISTINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	**VINCRISTINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
428.	**VINCRISTINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	**VINCRISTINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	**VINCRISTINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	**VINCRISTINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	**VINCRISTINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	**VINCRISTINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	**VINCRISTINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	**VINCRISTINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	**VINCRISTINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	**VINCRISTINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	**VINCRISTINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	**VINCRISTINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440.	**VINCRISTINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	**VINCRISTINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	**VINCRISTINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	**VINCRISTINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	**VINCRISTINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
445.	**VINCRISTINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	**VINCRISTINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	**VINCRISTINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	**VINCRISTINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	**VINCRISTINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	**VINCRISTINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	**VINCRISTINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	**VINCRISTINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	**VINCRISTINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	**VINCRISTINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
455.	**VINCRISTINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	**VINCRISTINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	**VINCRISTINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	**VINCRISTINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	**VINCRISTINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	**VINCRISTINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	**VINCRISTINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	**VINCRISTINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	**VINCRISTINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464.	**VINCRISTINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	**VINCRISTINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	**VINCRISTINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467.	**VINCRISTINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468.	**VINCRISTINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
469.	**VINCRISTINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
470.	**VINCRISTINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
471.	**VINCRISTINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
472.	**VINCRISTINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
473.	**VINCRISTINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
474.	**VINCRISTINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
475.	**VINCRISTINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
476.	**VINCRISTINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
477.	**VINCRISTINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
478.	**VINCRISTINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
479.	**VINCRISTINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
480.	**VINCRISTINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481.	**VINCRISTINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482.	**VINCRISTINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
483.	**VINCRISTINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
484.	**VINCRISTINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
485.	**VINCRISTINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
486.	**VINCRISTINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487.	**VINCRISTINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
488.	**VINCRISTINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
489.	**VINCRISTINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
490.	**VINCRISTINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
491.	**VINCRISTINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
492.	**VINCRISTINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
493.	**VINCRISTINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
494.	**VINCRISTINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
495.	**VINCRISTINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
496.	**VINCRISTINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
497.	**VINCRISTINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
498.	**VINCRISTINUM**	D01.2	ODBYTNICA
499.	**VINCRISTINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
500.	**VINCRISTINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
501.	**VINCRISTINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
502.	**VINCRISTINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
503.	**VINCRISTINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
504.	**VINCRISTINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
505.	**VINCRISTINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
506.	**VINCRISTINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
507.	**VINCRISTINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
508.	**VINCRISTINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
509.	**VINCRISTINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510.	**VINCRISTINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
511.	**VINCRISTINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	**VINCRISTINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	**VINCRISTINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
514.	**VINCRISTINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
515.	**VINCRISTINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
516.	**VINCRISTINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
517.	**VINCRISTINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
518.	**VINCRISTINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
519.	**VINCRISTINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
520.	**VINCRISTINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
521.	**VINCRISTINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
522.	**VINCRISTINUM**	D07.1	SROM
523.	**VINCRISTINUM**	D07.2	POCHWA
524.	**VINCRISTINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
525.	**VINCRISTINUM**	D07.4	PRĄCIE
526.	**VINCRISTINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
527.	**VINCRISTINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
528.	**VINCRISTINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
529.	**VINCRISTINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
530.	**VINCRISTINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
531.	**VINCRISTINUM**	D09.2	OKO
532.	**VINCRISTINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
533.	**VINCRISTINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534.	**VINCRISTINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
535.	**VINCRISTINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
536.	**VINCRISTINUM**	D10.0	WARGA
537.	**VINCRISTINUM**	D10.1	JĘZYK
538.	**VINCRISTINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
539.	**VINCRISTINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
540.	**VINCRISTINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
541.	**VINCRISTINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
542.	**VINCRISTINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
543.	**VINCRISTINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
544.	**VINCRISTINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
545.	**VINCRISTINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
546.	**VINCRISTINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
547.	**VINCRISTINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
548.	**VINCRISTINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
549.	**VINCRISTINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
550.	**VINCRISTINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
551.	**VINCRISTINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
552.	**VINCRISTINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
553.	**VINCRISTINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
554.	**VINCRISTINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
555.	**VINCRISTINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
556.	**VINCRISTINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
557.	**VINCRISTINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	**VINCRISTINUM**	D12.8	ODBYTNICA
559.	**VINCRISTINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
560.	**VINCRISTINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
561.	**VINCRISTINUM**	D13.0	PRZEŁYK
562.	**VINCRISTINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
563.	**VINCRISTINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
564.	**VINCRISTINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
565.	**VINCRISTINUM**	D13.4	WĄTROBA
566.	**VINCRISTINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
567.	**VINCRISTINUM**	D13.6	TRZUSTKA
568.	**VINCRISTINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
569.	**VINCRISTINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
570.	**VINCRISTINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
571.	**VINCRISTINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
572.	**VINCRISTINUM**	D14.1	KRTAŃ
573.	**VINCRISTINUM**	D14.2	TCHAWICA
574.	**VINCRISTINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
575.	**VINCRISTINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
576.	**VINCRISTINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
577.	**VINCRISTINUM**	D15.0	GRASICA
578.	**VINCRISTINUM**	D15.1	SERCE
579.	**VINCRISTINUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
580.	**VINCRISTINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581.	**VINCRISTINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
582.	**VINCRISTINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
583.	**VINCRISTINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
584.	**VINCRISTINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
585.	**VINCRISTINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
586.	**VINCRISTINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
587.	**VINCRISTINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
588.	**VINCRISTINUM**	D16.5	ŻUCHWA
589.	**VINCRISTINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
590.	**VINCRISTINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
591.	**VINCRISTINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
592.	**VINCRISTINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
593.	**VINCRISTINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
594.	**VINCRISTINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
595.	**VINCRISTINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
596.	**VINCRISTINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
597.	**VINCRISTINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
598.	**VINCRISTINUM**	D20.1	OTRZEWNA
599.	**VINCRISTINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
600.	**VINCRISTINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
601.	**VINCRISTINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
602.	**VINCRISTINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
603.	**VINCRISTINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
604.	**VINCRISTINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
605.	**VINCRISTINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
606.	**VINCRISTINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
607.	**VINCRISTINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
608.	**VINCRISTINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
609.	**VINCRISTINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
610.	**VINCRISTINUM**	D28.0	SROM
611.	**VINCRISTINUM**	D28.1	POCHWA
612.	**VINCRISTINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
613.	**VINCRISTINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
614.	**VINCRISTINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
615.	**VINCRISTINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
616.	**VINCRISTINUM**	D29.0	PRĄCIE
617.	**VINCRISTINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
618.	**VINCRISTINUM**	D29.2	JĄDRO
619.	**VINCRISTINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
620.	**VINCRISTINUM**	D29.4	MOSZNA
621.	**VINCRISTINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
622.	**VINCRISTINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
623.	**VINCRISTINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
624.	**VINCRISTINUM**	D30.0	NERKA
625.	**VINCRISTINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
626.	**VINCRISTINUM**	D30.2	MOCZOWÓD

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
627.	**VINCRISTINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
628.	**VINCRISTINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
629.	**VINCRISTINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
630.	**VINCRISTINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
631.	**VINCRISTINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
632.	**VINCRISTINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
633.	**VINCRISTINUM**	D31.1	ROGÓWKA
634.	**VINCRISTINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
635.	**VINCRISTINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
636.	**VINCRISTINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
637.	**VINCRISTINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
638.	**VINCRISTINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
639.	**VINCRISTINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
640.	**VINCRISTINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
641.	**VINCRISTINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
642.	**VINCRISTINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
643.	**VINCRISTINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
644.	**VINCRISTINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
645.	**VINCRISTINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
646.	**VINCRISTINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
647.	**VINCRISTINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
648.	**VINCRISTINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
649.	**VINCRISTINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
650.	**VINCRISTINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
651.	**VINCRISTINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
652.	**VINCRISTINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
653.	**VINCRISTINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
654.	**VINCRISTINUM**	D35.0	NADNERCZA
655.	**VINCRISTINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
656.	**VINCRISTINUM**	D35.2	PRZYSADKA
657.	**VINCRISTINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
658.	**VINCRISTINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
659.	**VINCRISTINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
660.	**VINCRISTINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
661.	**VINCRISTINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
662.	**VINCRISTINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663.	**VINCRISTINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
664.	**VINCRISTINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
665.	**VINCRISTINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
666.	**VINCRISTINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
667.	**VINCRISTINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
668.	**VINCRISTINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
669.	**VINCRISTINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
670.	**VINCRISTINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
671.	**VINCRISTINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
672.	**VINCRISTINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
673.	**VINCRISTINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
674.	**VINCRISTINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
675.	**VINCRISTINUM**	D37.5	ODBYTNICA
676.	**VINCRISTINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
677.	**VINCRISTINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
678.	**VINCRISTINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
679.	**VINCRISTINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
680.	**VINCRISTINUM**	D38.0	KRTAŃ
681.	**VINCRISTINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
682.	**VINCRISTINUM**	D38.2	OPŁUCNA
683.	**VINCRISTINUM**	D38.3	SRÓDPIERSIE
684.	**VINCRISTINUM**	D38.4	GRASICA
685.	**VINCRISTINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
686.	**VINCRISTINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
687.	**VINCRISTINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
688.	**VINCRISTINUM**	D39.0	MACICA
689.	**VINCRISTINUM**	D39.1	JAJNIK
690.	**VINCRISTINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
691.	**VINCRISTINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
692.	**VINCRISTINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
693.	**VINCRISTINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
694.	**VINCRISTINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
695.	**VINCRISTINUM**	D40.1	JĄDRO
696.	**VINCRISTINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
697.	**VINCRISTINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
698.	**VINCRISTINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
699.	**VINCRISTINUM**	D41.0	NERKA
700.	**VINCRISTINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
701.	**VINCRISTINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
702.	**VINCRISTINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
703.	**VINCRISTINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
704.	**VINCRISTINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
705.	**VINCRISTINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
706.	**VINCRISTINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
707.	**VINCRISTINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
708.	**VINCRISTINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
709.	**VINCRISTINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
710.	**VINCRISTINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
711.	**VINCRISTINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
712.	**VINCRISTINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
713.	**VINCRISTINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
714.	**VINCRISTINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
715.	**VINCRISTINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
716.	**VINCRISTINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
717.	**VINCRISTINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
718.	**VINCRISTINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
719.	**VINCRISTINUM**	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720.	**VINCRISTINUM**	D44.1	NADNERCZA
721.	**VINCRISTINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
722.	**VINCRISTINUM**	D44.3	PRZYSADKA
723.	**VINCRISTINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
724.	**VINCRISTINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
725.	**VINCRISTINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
726.	**VINCRISTINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
727.	**VINCRISTINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
728.	**VINCRISTINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
729.	**VINCRISTINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
730.	**VINCRISTINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
731.	**VINCRISTINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE
732.	**VINCRISTINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
733.	**VINCRISTINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
734.	**VINCRISTINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
735.	**VINCRISTINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
736.	**VINCRISTINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
737.	**VINCRISTINUM**	D48.4	OTRZEWNA
738.	**VINCRISTINUM**	D48.5	SKÓRA
739.	**VINCRISTINUM**	D48.6	SUTEK
740.	**VINCRISTINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
741.	**VINCRISTINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
742.	**VINCRISTINUM**	D69.3	SAMOISTNA PLAMICA MAŁOPŁYTKOWA
743.	**VINCRISTINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
744.	**VINCRISTINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
745.	**VINCRISTINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
746.	**VINCRISTINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
747.	**VINCRISTINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
748.	**VINCRISTINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
749.	**VINCRISTINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
750.	**VINCRISTINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
751.	**VINCRISTINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
752.	**VINCRISTINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
753.	**VINCRISTINUM**	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	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE 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 DZIĄSŁA
21.	**VINORELBINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**VINORELBINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	**VINORELBINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, 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)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**VINORELBINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**VINORELBINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**VINORELBINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**VINORELBINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**VINORELBINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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	UCHYŁEK 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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 ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114.	**VINORELBINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	**VINORELBINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH 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 PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	**VINORELBINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	**VINORELBINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	**VINORELBINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	**VINORELBINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	**VINORELBINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**VINORELBINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	**VINORELBINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	**VINORELBINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
130.	**VINORELBINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	**VINORELBINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	**VINORELBINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA 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	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	**VINORELBINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	**VINORELBINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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 OPŁUCNEJ
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	OPŁUCNA
166.	**VINORELBINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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 KAPOSI' EGO
199.	**VINORELBINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
200.	**VINORELBINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
201.	**VINORELBINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
202.	**VINORELBINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
203.	**VINORELBINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
204.	**VINORELBINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
205.	**VINORELBINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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	MÓŻDŻEK
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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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 PRZYZWOJOWE
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	KLATKA 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 WNĘTRZA KLATKI 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 PACHWINY
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 ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
369.	**VINORELBINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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 OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
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, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			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 ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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	PĘCHERZ 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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 NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
471.	**VINORELBINUM**	D13.0	PRZEŁYK
472.	**VINORELBINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
473.	**VINORELBINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
474.	**VINORELBINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
475.	**VINORELBINUM**	D13.4	WĄTROBA
476.	**VINORELBINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
477.	**VINORELBINUM**	D13.6	TRZUSTKA
478.	**VINORELBINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
479.	**VINORELBINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
480.	**VINORELBINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE 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	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE 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	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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	SROM
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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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	SZYSZYNKA
569.	**VINORELBINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
570.	**VINORELBINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
584.	**VINORELBINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
585.	**VINORELBINUM**	D37.5	ODBYTNICA
586.	**VINORELBINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK 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	OPŁUCNA
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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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	SZYSZYNKA
635.	**VINORELBINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
636.	**VINORELBINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
637.	**VINORELBINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
641.	**VINORELBINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO 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 CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
2.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.0	WPUST *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
3.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
4.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
5.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
6.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
7.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
8.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
9.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
10.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
11.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
12.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
13.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
14.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
15.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
17.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
18.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
19.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
20.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
21.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
22.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
23.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
24.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
25.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
26.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.7	ESICA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
27.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
28.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
29.	**TEMOZOLOMIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
30.	**TEMOZOLOMIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
31.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
32.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH *u dzieci do 18 roku życia*
33.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
34.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
35.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
36.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
37.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.0	SERCE *u dzieci do 18 roku życia*
38.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE *u dzieci do 18 roku życia*
39.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE *u dzieci do 18 roku życia*
40.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
41.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.4	OPŁUCNA *u dzieci do 18 roku życia*
42.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
43.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
44.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
45.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
46.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN *u dzieci do 18 roku życia*
47.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
48.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY *u dzieci do 18 roku życia*
49.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.1	ŻUCHWA *u dzieci do 18 roku życia*
50.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA *u dzieci do 18 roku życia*
51.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA *u dzieci do 18 roku życia*
52.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
53.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
54.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
55.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
56.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
57.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA *u dzieci do 18 roku życia*
58.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*
59.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
60.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI *u dzieci do 18 roku życia*
61.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM *u dzieci do 18 roku życia*
62.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
63.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA *u dzieci do 18 roku życia*
64.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
65.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
66.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
67.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA *u dzieci do 18 roku życia*
68.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
69.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
70.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI *u dzieci do 18 roku życia*
72.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM *u dzieci do 18 roku życia*
73.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM *u dzieci do 18 roku życia*
74.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
75.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA *u dzieci do 18 roku życia*
76.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY *u dzieci do 18 roku życia*
77.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
78.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ *u dzieci do 18 roku życia*
79.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
80.	**TEMOZOLOMIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE *u dzieci do 18 roku życia*
81.	**TEMOZOLOMIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
82.	**TEMOZOLOMIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
83.	**TEMOZOLOMIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU *u dzieci do 18 roku życia*
84.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
85.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
86.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
87.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
88.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
89.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
90.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU *u dzieci do 18 roku życia*
91.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK *u dzieci do 18 roku życia*
92.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
93.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
94.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA *u dzieci do 18 roku życia*
95.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
96.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
97.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
98.	**TEMOZOLOMIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA *u dzieci do 18 roku życia*
99.	**TEMOZOLOMIDUM**	C69.6	OCZODÓŁ *u dzieci do 18 roku życia*
100.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
101.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
102.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
103.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENIOWY
104.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
105.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
106.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
107.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
108.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
109.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
110.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
111.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI *u dzieci do 18 roku życia*
112.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY *u dzieci do 18 roku życia*
113.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY *u dzieci do 18 roku życia*
114.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
115.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
116.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY *u dzieci do 18 roku życia*
117.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY *u dzieci do 18 roku życia*
118.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
119.	**TEMOZOLOMIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
120.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA *u dzieci do 18 roku życia*
121.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA *u dzieci do 18 roku życia*
122.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.2	BRZUCH *u dzieci do 18 roku życia*
123.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.3	MIEDNICA *u dzieci do 18 roku życia*
124.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA *u dzieci do 18 roku życia*
125.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA *u dzieci do 18 roku życia*
126.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE *u dzieci do 18 roku życia*
127.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*
128.	**TEMOZOLOMIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
129.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
130.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
131.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
132.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY *u dzieci do 18 roku życia*
133.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
134.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
135.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
136.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
137.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
138.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE *u dzieci do 18 roku życia*
139.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY *u dzieci do 18 roku życia*
140.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
141.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*

Załącznik C.65.a.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *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.*

Załącznik C.65.b.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *w przypadku:* *pacjentów poniżej 18 roku życia z rozpoznaniem ostrej białaczki promielocytowej charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa*

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 *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.*

Załącznik C.66.b.

CLOFARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CLOFARABINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ *w trzeciej linii leczenia*
2.	**CLOFARABINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *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*

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 *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
2.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
3.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
4.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
5.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
6.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
7.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
8.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* *c) przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			leczenie I linii.
9.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
10.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
11.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
12.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii* *albo* *w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:* *a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			leczenie I linii.
13.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
14.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
15.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
16.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*
17.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*
18.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii* *albo* *w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:* *a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
20.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
21.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
22.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
23.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
24.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
25.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA *w drugiej i następnych liniach leczenia.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
26.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA *w przypadku:* *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,* *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.*

Załącznik C.68.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**ACIDUM ZOLEDRONICUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.69.

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.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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.70.a.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)*

Załącznik C.70.b.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C44; C49	ZAAWANSOWANY WŁÓKNIAKOMIĘSAK GUZOWATY SKÓRY *w przypadku* *udokumentowanej obecność rearanżacji chromosomów 17 i 22 w zakresie genów COL1A1/PDGFβ*

Załącznik C.70.c.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)*

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 ≥ 10 µg/kg jeśli stosowany sam lub ≥ 5 µg/kg po chemioterapii) a mimo tego maksymalna liczba komórek CD34+ we krwi obwodowej wynosi mniej niż 10/µl 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 x 10^6 komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym pojedynczym przeszczepem
      lub
   b) mniej niż 4,0 x 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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	**PLERIXAFORUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	**PLERIXAFORUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	**PLERIXAFORUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	**PLERIXAFORUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	**PLERIXAFORUM**	C82.2	WIELKOKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	**PLERIXAFORUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	**PLERIXAFORUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	**PLERIXAFORUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	**PLERIXAFORUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	**PLERIXAFORUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	**PLERIXAFORUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	**PLERIXAFORUM**	C83.3	WIELKOKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	**PLERIXAFORUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20.	**PLERIXAFORUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	**PLERIXAFORUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	**PLERIXAFORUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	**PLERIXAFORUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	**PLERIXAFORUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	**PLERIXAFORUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	**PLERIXAFORUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	**PLERIXAFORUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	**PLERIXAFORUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	**PLERIXAFORUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	**PLERIXAFORUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	**PLERIXAFORUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	**PLERIXAFORUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	**PLERIXAFORUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	**PLERIXAFORUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	**PLERIXAFORUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	**PLERIXAFORUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	**PLERIXAFORUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI

Załącznik C.72.

ANAGRELIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**ANAGRELIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA *z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie*
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 *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.*
2.	**NELARABINUM**	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK *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.*
3.	**NELARABINUM**	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY *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.*

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 *w przypadku:* *agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy*
2.	**LEUPRORELINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA *w przypadku:* *agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy*
3.	**LEUPRORELINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY *w przypadku:* *agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy*

Załącznik C.75.

DENOSUMABUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DENOSUMABUM**	D48.0	GUZ OLBRZYMIOKOMÓRKOWY KOŚCI *w przypadku:* *dorosłych i młodzieży z dojrzałym układem kostnym, u których występuje guz nieoperacyjny lub u których zabieg chirurgiczny może spowodować ciężkie okaleczenie*

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 MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
4	**BORTEZOMIBUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
5	**BORTEZOMIBUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
6	**BORTEZOMIBUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
7	**BORTEZOMIBUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
8	**BORTEZOMIBUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**MITOXANTRONUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *Leczenie wznowy ostrej białaczki limfoblastycznej w populacji pediatrycznej zarówno w grupie standardowego ryzyka (SR) jak i wysokiego ryzyka (HR).* *Zalecana dawka: 10 mg/m^2 powierzchni ciała podawane dożylnie przez dwa kolejne dni*

Załącznik C.78.a.

CRISANTASPASUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CRISANTASPASUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *w przypadku:* *stosowania w skojarzeniu z innymi chemioterapeutykami w leczeniu pacjentów, głównie pediatrycznych, u których wystąpiła nadwrażliwość (alergia kliniczna lub „cicha inaktywacja") na pegylowaną L-asparaginazę pochodzącą z E. coli*

Załącznik C.78.b.

CRISANTASPASUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CRISANTASPASUM**	C83.5	CHŁONIAK LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY) *w przypadku:* *stosowania w skojarzeniu z innymi chemioterapeutykami w leczeniu pacjentów poniżej 18 roku życia z chłoniakami limfoblastycznymi T-komórkowymi i preB-komórkowymi, u których wystąpiła nadwrażliwość (alergia kliniczna lub „cicha inaktywacja") na pegylowaną L-asparaginazę pochodzącą z E. coli*

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 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.)

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1	Acebutololum	Sectral 200, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	5909990109920
2	Acebutololum	Sectral 400, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	5909990110018
3	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	5909990055715
4	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909990072156
5	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	5909990623112
6	Acidum alendronicum	Alendronate Arrow, tabl., 70 mg	4 szt.	5909990693726
7	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909991032517
8	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909991081713
9	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909991087418
10	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt. (1 blist.po 6 szt.)	5909991087425
11	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	5909990737673
12	Acidum alendronicum	Alendronic Acid Genoptim, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909990675302
13	Alfuzosinum	Alugen 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909990037933
14	Alfuzosinum	AlfuLEK 10, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990609246
15	Alfuzosinum	Alfuzostad 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990619580
16	Alfuzosinum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990746576
17	Alfuzosinum	Dalfaz SR 5, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	5909990812714
18	Alfuzosinum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909990837816
19	Alfuzosinum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909991264529
20	Alfuzosinum	Alfuzostad 10 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909997206714
21	Alfuzosinum	Dalfaz Uno, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909991288457
22	Alfuzosinum	Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909991291945
23	Alfuzosinum	Dalfaz Uno, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	5909991344368
24	Amantadinum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	5909990320912
25	Amiloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	5909990206025
26	Amiloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	5909990373819
27	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990048939

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
28	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990048977
29	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990421824
30	Amlodipinum	Apo-Amlo 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990565986
31	Amlodipinum	Apo-Amlo 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990565993
32	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990621217
33	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990642267
34	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990642311
35	Amlodipinum	Amlonor, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990642618
36	Amlodipinum	Amlonor, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990642625
37	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990799718
38	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990799817
39	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990907311
40	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990907410
41	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990907519
42	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990963010
43	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990963119
44	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990993017
45	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990993116
46	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991008635
47	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991008734
48	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991042912
49	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.)	5909991098926
50	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt. lub 2 blist.po 15 szt.)	5909991099022
51	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	5909991067533
52	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	5909991067540
53	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990842476
54	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990842698
55	Amlodipinum	Finamlox, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990794461
56	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990800469
57	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990800551

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
58	Amlodipinum	Finamlox, tabl., 5 mg	30 tabl.	5909990794430
59	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	5909991067977
60	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991068073
61	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	5909997213675
62	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	5909997213699
63	Amlodipinum	Amlodipine Aurobindo, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990954254
64	Amlodipinum	Amlodipine Aurobindo, tabl., 10 mg	30 szt.	5909990955008
65	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	5909997218113
66	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	5909997218090
67	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 tabl.	5909997231501
68	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 tabl.	5909991067991
69	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	60 tabl.	5909991068097
70	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	5909991200732
71	Amlodipinum	Amlodipinum 123ratio, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991225650
72	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	5909991231811
73	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991230845
74	Amlodipinum	Apo-Amlo 10, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991236687
75	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991226909
76	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	5909991226916
77	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	28 szt.	5909991283797
78	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991276027
79	Amlodipinum	Vilpin, tabletki, 10 mg	28 tabl.	5909991312374
80	Amlodipinum	Vilpin, tabletki, 5 mg	28 tabl.	5909991312367
81	Amlodipinum	Agen 10, tabletki, 10 mg	30 tabl.	5909991302184
82	Amlodipinum	Agen 5, tabletki, 5 mg	30 tabl.	5909991295226
83	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	5909991295233
84	Amlodipinum	Almiden, tabl., 10 mg	30 szt.	5055565738177
85	Amlodipinum	Almiden, tabl., 10 mg	60 szt.	5055565738191
86	Amlodipinum	Almiden, tabl., 5 mg	30 szt.	5055565738078
87	Amlodipinum	Almiden, tabl., 5 mg	60 szt.	5055565738092

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
88	Amlodipinum	Almiden, tabl., 5 mg	90 szt.	5055565738108
89	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	28 tabl.	5909991337599
90	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 tabl.	5909991337742
91	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabletki, 5 mg	28 tabl.	5909991361013
92	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabletki, 10 mg	28 tabl.	5909991361020
93	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabletki, 5 mg	28 tabl.	5909991371708
94	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabletki, 10 mg	28 tabl.	5909991371784
95	Amlodipinum	Amlomyl, tabletki, 10 mg	30 tabl.	5909991362195
96	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 2,5 mg	20 tabl.	5909990861040
97	Atenololum	Atenolol Sanofi 50, tabl., 50 mg	30 szt.	5909990011414
98	Atenololum	Atenolol Sanofi 25, tabl., 25 mg	60 szt.	5909990370610
99	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990053179
100	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990053230
101	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990053278
102	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990077847
103	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990077939
104	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990078028
105	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078141
106	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078264
107	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078356
108	Atorvastatinum	Larus, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078530
109	Atorvastatinum	Larus, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078707
110	Atorvastatinum	Larus, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078790
111	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990336647
112	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	5909990419173
113	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573530
114	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573400
115	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573547
116	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990623464
117	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990787586

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
118	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990787609
119	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990787647
120	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990991815
121	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990991914
122	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990998814
123	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990998821
124	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990998838
125	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990998913
126	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990998920
127	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990998937
128	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991124618
129	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991124717
130	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991124816
131	Atorvastatinum	Corator, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991150914
132	Atorvastatinum	Corator, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991151010
133	Atorvastatinum	Corator, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991151119
134	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990905508
135	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990905638
136	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990905782
137	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	5909990885282
138	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	5909990885336
139	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	5909990885374
140	Atorvastatinum	Atorvastatinum 123ratio, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990849246
141	Atorvastatinum	Atorvastatinum 123ratio, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990848904
142	Atorvastatinum	Atorvastatinum 123ratio, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990849086
143	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990810161
144	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	5909990810208
145	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990623488
146	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	5909991013806
147	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 tabl.	5909990623471

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
148	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 tabl.	5909990885299
149	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	5909991011383
150	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909991042097
151	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909991042103
152	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909991042134
153	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	5909991042141
154	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990938926
155	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990938995
156	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990887262
157	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338290
158	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338368
159	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338436
160	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990338443
161	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990900053
162	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990900275
163	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990899920
164	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	5909991041298
165	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 tabl.	5909990810178
166	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 tabl.	5909990810185
167	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powl., 80 mg	30 tabl.	5909990957071
168	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg	30 tabl.	5909990900459
169	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	5907695215137
170	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	5907695215144
171	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 tabl.	5907695215151
172	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990887279
173	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990887286
174	Atorvastatinum	Atorvastatin Vitama, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909991200787
175	Atorvastatinum	Atorvastatin Vitama, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909991201050
176	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg	90 tabl.	5909990905553
177	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg	60 tabl.	5909990905539

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
178	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg	60 tabl.	5909990905652
179	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	5909990905867
180	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg	60 tabl.	5909990905805
181	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	5909990905676
182	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	5907695215366
183	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	5907695215373
184	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	5907695215359
185	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 20 mg	60 tabl.	5909990899951
186	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	5909990900336
187	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	5909990899975
188	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabletki powlekane, 40 mg	60 tabl.	5909990900305
189	Beclometasonum	Cortare, aerozol inhalacyjny, roztwór, 250 µg/dawkę inhalacyjną	1 op. 200 daw.	5909990061303
190	Beclometasonum	Cortare, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 op. 200 daw.	5909990061440
191	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	5909990054152
192	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	5909991245696
193	Benazeprilum	Lotensin, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990118816
194	Benazeprilum	Lotensin, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990118915
195	Benazeprilum	Lotensin, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990119011
196	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	5 ml	5909990186518
197	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	10 ml	5909990186525
198	Betaxololum	Optibetol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml (but.)	5909990925513
199	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	5909990008469
200	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	5909991097066
201	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	5909991097073
202	Bimatoprostum	Treprovist, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909991094041
203	Bimatoprostum	Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	5909991285708
204	Bimatoprostum	Bimaroz, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki 3 ml	5909991105600
205	Bimatoprostum	Bimaroz, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka 3 ml	5909991105594
206	Bimatoprostum	Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	5907553017644
207	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	5909991335670

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
208	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	5909991335663
209	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka 3 ml	5909991310769
210	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	5909991310776
211	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	5909990574315
212	Bisoprololum	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991015015
213	Bisoprololum	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991015114
214	Bisoprololum	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990633791
215	Bisoprololum	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990633852
216	Bisoprololum	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 tabl.	5909990633807
217	Bisoprololum	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	5909990633869
218	Bisoprololum	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	5909991097448
219	Bisoprololum	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909991097523
220	Bisoprololum	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909991097400
221	Bisoprololum	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	5909991097554
222	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 tabl.	5909991197070
223	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	5909991197063
224	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	5909991197049
225	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 tabl.	5909991197056
226	Bisoprololum	Bisoprolol Actavis, tabl., 5 mg	30 tabl.	5909990813483
227	Bisoprololum	Bisoprolol Actavis, tabl., 10 mg	30 tabl.	5909990813551
228	Bisoprololum	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 tabl.	5909991066420
229	Bisoprololum	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 tabl.	5909991066529
230	Bisoprololum	Bisoprolol VP, tabletki, 5 mg	30 tabl.	5909991151911
231	Bisoprololum	Bisoprolol VP, tabletki, 10 mg	30 tabl.	5909991152017
232	Brimonidini tartras	Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	5907553017897
233	Brimonidinum	Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	5909990677733
234	Brimonidinum	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	5909990865024
235	Brimonidinum	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990874194
236	Brimonidinum	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	5909990974641
237	Brimonidinum	Brymont, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	5909990866106

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
238	Brimonidinum	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	5906414000900
239	Brimonidinum	Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	5909991304751
240	Brimonidinum + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990570546
241	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990869114
242	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909991223571
243	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909991250386
244	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	5909991223588
245	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	5909990335169
246	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	5909990335176
247	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	5909990335183
248	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	5909990335190
249	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	5909990337286
250	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	5909990337323
251	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	5909990337354
252	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909990445615
253	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909990445714
254	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909990445813
255	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	5909990677313
256	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	5909990677412
257	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990926213
258	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990926312
259	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer	5909991033224
260	Budesonidum	Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.)	5909991033248
261	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	5909991005733
262	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	5909991107925
263	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	5909991204082
264	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	5909991203986
265	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	5909991005696
266	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909991233099
267	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	5909991269784

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
268	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	5906414002539
269	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	5906414002522
270	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. 2 ml	5906414002515
271	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991306137
272	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991306144
273	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991306151
274	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991283650
275	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991283698
276	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	5909991283629
277	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	120 kaps.	5909991223793
278	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	120 kaps.	5909991223809
279	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	5909990873074
280	Budesonidum + Formoterolum	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	5909990872886
281	Budesonidum + Formoterolum	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	5909990873241
282	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	5909991136932
283	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	5909991136963
284	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	5909991137465
285	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw. z opakowaniem ochronnym	5909991137458
286	Budesonidum + Formoterolum	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym	5909991137625
287	Buspironum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990073597
288	Buspironum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990073603
289	Buspironum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	5909997201450
290	Buspironum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	5909997213538
291	Candesartanum cilexetilum	Atacand, tabl., 8 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990430017
292	Candesartanum cilexetilum	Atacand, tabl., 8 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990430024
293	Candesartanum cilexetilum	Atacand, tabl., 16 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990430123
294	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	5909990772162
295	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	5909990772193
296	Candesartanum cilexetilum	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	5909990801350
297	Candesartanum cilexetilum	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	5909990801367

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
298	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990739592
299	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990739653
300	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	5909990772179
301	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	5909990772209
302	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	5909990772230
303	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 8 mg	28 tabl.	5909990937080
304	Candesartanum cilexetilum	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	5909990962839
305	Candesartanum cilexetilum	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	5909990962945
306	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 16 mg	28 tabl.	5909990937172
307	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 32 mg	28 tabl.	5909990937264
308	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	5909990937103
309	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	5909990937196
310	Candesartanum cilexetilum	Kangen, tabl., 16 mg	28 szt.	5909991020507
311	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 tabl.	5909990739707
312	Candesartanum cilexetilum	Candesartan Genoptim, tabl., 8 mg	28 szt.	5909991306885
313	Candesartanum cilexetilum	Candesartan Genoptim, tabl., 16 mg	28 szt.	5909991306991
314	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	5909990865178
315	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	5909990800360
316	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	5909990800629
317	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg	56 szt.	5909990865147
318	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg	56 szt.	5909990865185
319	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg	28 szt.	5909990865222
320	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg	28 szt.	5909990865260
321	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg	28 szt.	5909990865130
322	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	5909990957170
323	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	5909990957255
324	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	5909990957194
325	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	5909990957279
326	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	5909991136833
327	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	5909991136840

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
328	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 tabl.	5909991058609
329	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 tabl.	5909991057596
330	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	5909991063702
331	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	5909991064051
332	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990048465
333	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 6,25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990048472
334	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990048489
335	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 12,5 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990048496
336	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990048502
337	Carvedilolum	Hypoten, tabl. powl., 25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990048540
338	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990074051
339	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990074099
340	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990074129
341	Carvedilolum	Symtrend, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990074662
342	Carvedilolum	Symtrend, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990074754
343	Carvedilolum	Symtrend, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990074792
344	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	5909990216505
345	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	5909990216567
346	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	5909990216604
347	Carvedilolum	Carvedilolum 123ratio, tabl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338788
348	Carvedilolum	Carvedilolum 123ratio, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338856
349	Carvedilolum	Carvedilolum 123ratio, tabl., 25 mg	30 tabl. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338931
350	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990687862
351	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990687879
352	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990687886
353	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990687893
354	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990687909
355	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990687930
356	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990727100
357	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990727148

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
358	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990727193
359	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	5909990983315
360	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991016814
361	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991016913
362	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991017019
363	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909991017118
364	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570409
365	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990570430
366	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990570454
367	Carvedilolum	Carvedilol Genoptim, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	5909991291846
368	Carvedilolum	Carvedilol Genoptim, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	5909991291730
369	Carvedilolum	Carvedilol Genoptim, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	5909991291778
370	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 tabl.	5909991139582
371	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	5909990212057
372	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	5909990212064
373	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	60 daw. (1 poj.po 60 daw.)	5909990218523
374	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	60 daw. (1 poj.po 60 daw.)	5909990218530
375	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990066636
376	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990066667
377	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990066780
378	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990066803
379	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990678648
380	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	5909990678655
381	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990678679
382	Cilazaprilum + Hydrochlorothiazidum	Cazacombi, tabl. powl., 5+12,5 mg	28 szt.	5909990781676
383	Ciprofibratum	Lipanor, kaps., 100 mg	30 kaps. (3 blist.po 10 szt.)	5909990376612
384	Clonidinum	Iporel, tabl., 75 µg	50 szt.	5909990282814
385	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	5909990141012
386	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990625826
387	Clopidogrelum	Clopidogrel Teva, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990718245

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
388	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990727667
389	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990754748
390	Clopidogrelum	Carder, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990760244
391	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990762729
392	Clopidogrelum	Clopidogrel Apotex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990774401
393	Clopidogrelum	Trombex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990821921
394	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909991109219
395	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991167011
396	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990793730
397	Clopidogrelum	Vixam, tabl., 75 mg	30 szt.	5909990866533
398	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909991029388
399	Clopidogrelum	Clopidogrel Genoptim, tabl. powl., 75 mg	28 tabl.	5909990762194
400	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909991251949
401	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909991271602
402	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909991298319
403	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909991318543
404	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990768141
405	Clopidogrelum	Zyllt, tabletki powlekane, 75 mg	28 szt.	5901878600475
406	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg	10 szt.	5909990641215
407	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg	30 szt.	5909990641222
408	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	10 szt.	5909990641253
409	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	5909990641260
410	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	5909990887453
411	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 2500 j.m. (anty-Xa)/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	5909990776412
412	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m. (anty-Xa)/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	5909990776511
413	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 7500 j.m. (anty-Xa)/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	5909990949410
414	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 12500 j.m. (anty-Xa)/0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990949519
415	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 15000 j.m. (anty-Xa)/0,6 ml	5 amp.-strz.po 0,6 ml	5909990949618
416	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 18000 j.m. (anty-Xa)/0,72 ml	5 amp.-strz z igłą po 0,72 ml	5909990949717
417	Dalteparinum natricum	Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 10000 j.m. (anty-Xa)/0,4 ml	5 amp.-strz.po 0,4 ml	5909990958818

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
418	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	5909990761647
419	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabletki powlekane, 10 mg	28 tabl.	5909991344481
420	Donepezilum	Donesyn, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990657353
421	Donepezilum	Donesyn, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990657360
422	Donepezilum	Symepezil, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990662104
423	Donepezilum	Donecept, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990689781
424	Donepezilum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990689873
425	Donepezilum	Pamigen, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990726929
426	Donepezilum	Pamigen, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990726936
427	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990770038
428	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990770045
429	Donepezilum	Doneprion, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990776870
430	Donepezilum	Doneprion, tabl. powl., 10 mg	28 tabl.	5909990776900
431	Donepezilum	Yasnal, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990993215
432	Donepezilum	Yasnal, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990993314
433	Donepezilum	Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991024314
434	Donepezilum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991024413
435	Donepezilum	Donepex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991055912
436	Donepezilum	Donepex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991056018
437	Donepezilum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	5909990851478
438	Donepezilum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	5909990851492
439	Donepezilum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990814077
440	Donepezilum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990814138
441	Donepezilum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	5909990798933
442	Donepezilum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	5909990798940
443	Donepezilum	Donectil, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990683666
444	Donepezilum	Donectil, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990683581
445	Donepezilum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	5909990850204
446	Donepezilum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	5909990850075
447	Donepezilum	Donepezil Polfarmex, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990877553

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
448	Donepezilum	Donepezil Polfarmex, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990877669
449	Donepezilum	Donepesan, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909991095246
450	Donepezilum	Donepestan/Donepezil Hydrochloride Accord, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	5909990825639
451	Donepezilum	Donepestan/Donepezil Hydrochloride Accord, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	5909990825745
452	Donepezilum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991266509
453	Donepezilum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	5909991024420
454	Donepezilum	Symepezil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991275747
455	Donepezilum	Symepezil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991275778
456	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	5902020661474
457	Donepezilum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	5907695215380
458	Donepezilum	Donecept, tabletki powlekane, 10 mg	28 tabletek	5909991328726
459	Donepezilum	Donepestan, tabl. powl., 5 mg	28 tabl.	5909990825561
460	Donepezilum	Donepestan, tabl. powl., 10 mg	28 tabl.	5909990825677
461	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990643929
462	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990661329
463	Dorzolamidum	Oftidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990849741
464	Dorzolamidum	Dropzol, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.	5909990838325
465	Dorzolamidum	Dorzostill, krople do oczu, 20 mg/ml	5 ml	5909990795284
466	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990942855
467	Dorzolamidum	Dorzolamid STADA, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990880591
468	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 x 5 ml	5906414000962
469	Dorzolamidum	Dorzolamide Genoptim/Dorzoma Mono, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909991234904
470	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	5900257101015
471	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	5909991310936
472	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	5909991310943
473	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki 5 ml	5909991344313
474	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 butelka 5 ml	5909991344306
475	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990442423
476	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990746705
477	Dorzolamidum + Timololum	Tymolamid, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 poj.po 5 ml	5909990864225

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
478	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	5909990866144
479	Dorzolamidum + Timololum	Dropzol Tim, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990898305
480	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909991067267
481	Dorzolamidum + Timololum	Dorzolamide + Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990894383
482	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 x 5 ml w butelce	5906414000955
483	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	5909991067274
484	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	5909991340681
485	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	5909991340674
486	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	5909991311049
487	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	5909991311056
488	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990022571
489	Doxazosinum	Doxagen, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990037957
490	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 tabl.	5909990431410
491	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	5909990431519
492	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990484911
493	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990485017
494	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990485116
495	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990491315
496	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990491414
497	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990854318
498	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990854417
499	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990854516
500	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	5909990969517
501	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	5909990969616
502	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990969715
503	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991149611
504	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991149710
505	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	5909990790951
506	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	5909990884582
507	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	5909991013820

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
508	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 tabl.	5901720140005
509	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 tabl.	5901720140012
510	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990080267
511	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 tabl.	5908289660289
512	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990903320
513	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	5909991276492
514	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	5909991276508
515	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	5909991271367
516	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	5909991298043
517	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	5909991298050
518	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990903429
519	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990903511
520	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 tabl.	5909990902255
521	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 tabl.	5909990902293
522	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 tabl.	5909990901890
523	Doxazosinum	Doxar, tabletki, 4 mg	28 tabl.	5909991325626
524	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 4 mg	30 szt.	5909991320751
525	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 2 mg	30 szt.	5909991320737
526	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabletki, 2 mg	30 tabletek	5909991288815
527	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabletki, 4 mg	30 tabletek	5909991288945
528	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabletki, 1 mg	30 tabletek	5909991288679
529	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990014934
530	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990014958
531	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990015030
532	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990015054
533	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990020829
534	Enalaprilum	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990020836
535	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	5909990048328
536	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	5909990048427
537	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	5909990774821

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
538	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	5909990774920
539	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	5909990775026
540	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	5909990891429
541	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	5909990891528
542	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	5906395161010
543	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	5906395161058
544	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	5906395161072
545	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	5906395161096
546	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	5906395161034
547	Eprosartanum	Teveten, tabl. powl., 600 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990868414
548	Ezetimibum	Ezetrol, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990221066
549	Ezetimibum	Ezen, tabletki, 10 mg	28 szt.	5909991096229
550	Ezetimibum	Ezetimibe Mylan, tabl., 10 mg	28 szt.	5909991189822
551	Ezetimibum	Ezoleta, tabletki, 10 mg	30 szt.	5909991311407
552	Ezetimibum	Symezet, tabletki w blistrze, 10 mg	30 szt.	5909991347529
553	Ezetimibum	Ezehron, tabletki, 10 mg	28 tabl.	5909991347161
554	Ezetimibum	Mizetib, tabletki, 10 mg	28 tabl.	5903060613973
555	Ezetimibum	Ezolip, tabletki, 10 mg	30 tabl.	5909991304416
556	Ezetimibum + Atorvastatinum	Atozet, tabl. powl., 10+40 mg	30 szt.	5909991226633
557	Ezetimibum + Atorvastatinum	Atozet, tabl. powl., 10+80 mg	30 szt.	5909991226725
558	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	5909990344819
559	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	5909990344918
560	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	5909990109814
561	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990431342
562	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	5909990492114
563	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	5909990492817
564	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990611065
565	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990687947
566	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990903917
567	Fenofibratum	Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	5909990909414

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
568	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	5909990754496
569	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	5909990754526
570	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt. (3 blist.po 10)	5909990713974
571	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 tabl.	5909991212339
572	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 tabl.	5909991201173
573	Fenofibratum	Grofibrat S, tabletki powlekane, 160 mg	60 szt.	5907594031500
574	Fenofibratum	Grofibrat S, tabletki powlekane, 160 mg	90 szt.	5907594031609
575	Fenofibratum	Grofibrat S, tabletki powlekane, 215 mg	90 szt.	5907594031807
576	Fenofibratum	Grofibrat S, tabletki powlekane, 215 mg	60 szt.	5907594031708
577	Fenoterolum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	5909990376414
578	Fenoterolum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	5909990101917
579	Fenoterolum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	5909990917815
580	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990017973
581	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990017997
582	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990048670
583	Finasteridum	Finxta, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990050895
584	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990055098
585	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990055470
586	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	30 tabl.	5909990067770
587	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	100 szt.	5909990067787
588	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990074105
589	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990082391
590	Finasteridum	Proscar, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990362110
591	Finasteridum	FinaGen, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990692781
592	Finasteridum	Zasterid, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991053710
593	Finasteridum	Finaride, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991069315
594	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991151218
595	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909990713127
596	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909990713141
597	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909990811045

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
598	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909990906154
599	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909990938797
600	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909991088842
601	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	5909991107871
602	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909991096571
603	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909991096601
604	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909991222673
605	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	5909991207311
606	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909997205762
607	Finasteridum	Finahit, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909990855681
608	Finasteridum	Finahit, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909990855636
609	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	5909990711987
610	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909990711949
611	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909991282288
612	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990077267
613	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	5909990077274
614	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg	120 tabl.	5909991284053
615	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	5909991289430
616	Finasteridum	Finiprost, tabletki powlekane, 5 mg	30 szt.	5909991317720
617	Finasteridum	Finahit, tabletki powlekane, 5 mg	28 szt.	5909990855605
618	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990374311
619	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990374328
620	Fluoxetinum	Seronil, kaps. twarde, 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990374410
621	Fluoxetinum	Seronil, kaps. twarde, 20 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990374427
622	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	5909990372317
623	Fluoxetinum	Deprexetin, kaps., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990747610
624	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990770311
625	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	5909990776955
626	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991065515
627	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990742509

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
628	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	5909990832422
629	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	5909990832521
630	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	5909990832620
631	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	5909990906918
632	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	5909990907014
633	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw. (1 poj.po 120 daw.)	5909990907113
634	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	5909991034900
635	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	5909991034924
636	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	5909991034931
637	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	5909991274931
638	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	5909991274955
639	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	5909991034870
640	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	5909991034887
641	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	5909991034894
642	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	5906720534687
643	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	5906720534670
644	Fluticasonum	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	5909990484522
645	Fluticasonum	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	5909990484621
646	Fluticasonum	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	5909990484720
647	Fluticasonum	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	5909990484829
648	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	5909990785858
649	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	5909990785889
650	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg	120 daw.	5909990851317
651	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	5909990851416
652	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	5909990851423
653	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	5909990851515
654	Fluticasonum	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	5909990851522
655	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 kaps.	5909990938001
656	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 kaps.	5909990938025
657	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	5909990347728

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
658	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	5909990347827
659	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	7613421020934
660	Formoterolum	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	5909990445219
661	Formoterolum	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	5909990445318
662	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	5909990614400
663	Formoterolum	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 szt. (1 poj.po 120 daw.)	5909990620777
664	Formoterolum	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990792924
665	Formoterolum	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps. (6 blist.po 10 kaps.)	5909990975914
666	Formoterolum	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps.	5909990849000
667	Formoterolum	Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	5909991109523
668	Formoterolum	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	5909990937981
669	Formoterolum	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	5909990337446
670	Formoterolum	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	5909990996681
671	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt (2 but.po 60 szt.)	5909991218287
672	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt (3 but.po 60 szt.)	5909991218294
673	Formoterolum	Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	5909991086602
674	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990338542
675	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990339495
676	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990338658
677	Gabapentinum	Neuran 100, kaps. twarde, 100 mg	1 but.po 100 szt.	5909990651535
678	Gabapentinum	Neuran 300, kaps. twarde, 300 mg	1 but.po 100 szt.	5909990651566
679	Gabapentinum	Neuran 400, kaps. twarde, 400 mg	1 but.po 100 szt.	5909990651603
680	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990339600
681	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990339709
682	Gabapentinum	Symleptic, kaps. twarde, 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990685554
683	Gabapentinum	Symleptic, kaps. twarde, 300 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990685561
684	Gabapentinum	Gabagamma 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990714322
685	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990769216
686	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990769315
687	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990769414

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
688	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909991017422
689	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909991017521
690	Gabapentinum	Gabacol, kaps. twarde, 300 mg	100 kaps.	5909991321109
691	Gabapentinum	Gabacol, kaps. twarde, 400 mg	100 kaps.	5909991321369
692	Gabapentinum	Gabacol, kaps. twarde, 400 mg	50 kaps.	5909991321307
693	Gabapentinum	Gabacol, kaps. twarde, 300 mg	50 kaps.	5909991321048
694	Gabapentinum	Gabacol, kaps. twarde, 100 mg	50 kaps.	5909991320911
695	Gabapentinum	Gabacol, kaps. twarde, 100 mg	100 kaps.	5909991320966
696	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990092413
697	Gentamicinum	Gentamicin KRKA, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40 mg/ml	10 amp.po 1 ml	5909990095711
698	Gentamicinum	Gentamicin KRKA, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40 mg/ml	10 amp.po 2 ml	5909990095728
699	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt. (2 blist.po 20 szt.)	5909990359912
700	Gliclazidum	Gliclazide Zentiva, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	5909991205867
701	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt. (2 blist.po 30 szt.)	5909990443017
702	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	5909990647224
703	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	5909990647231
704	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	5909990911127
705	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	5909990774746
706	Gliclazidum	Diagen, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	5909990795093
707	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	5909991056100
708	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	5909991056131
709	Gliclazidum	Symazide MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 tabl.	5909990828340
710	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 tabl.	5909991004002
711	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	90 tabl.	5909991004026
712	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	120 tabl.	5909991200237
713	Gliclazidum	Symazide MR 60, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	5909991257392
714	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 tabl.	5909991267230
715	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	5909991226305
716	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	5909991226299
717	Gliclazidum	Clazicon, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	5909991267155

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
718	Gliclazidum	Clazicon, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	5909991267162
719	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	5909991263171
720	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	5909991256548
721	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990337453
722	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990337521
723	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338078
724	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338146
725	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990338207
726	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	5909990744817
727	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	5909990744916
728	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	5909990745012
729	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990745111
730	Glimepiridum	Glidiamid, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990430543
731	Glimepiridum	Glidiamid, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990430567
732	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990566082
733	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990566105
734	Glimepiridum	Diaril, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990566129
735	Glimepiridum	Diaril, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990566143
736	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570348
737	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570355
738	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570362
739	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570379
740	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573196
741	Glimepiridum	Avaron, tabl., 1 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991090715
742	Glimepiridum	Avaron, tabl., 2 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991090814
743	Glimepiridum	Avaron, tabl., 3 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991090913
744	Glimepiridum	Avaron, tabl., 4 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909991091019
745	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991097318
746	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991097417
747	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991097516

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
748	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991097615
749	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990085903
750	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990085927
751	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990085934
752	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990085941
753	Glimepiridum	Glimepiride Accord, tabl., 1 mg	30 szt.	5909990718566
754	Glimepiridum	Glimepiride Accord, tabl., 2 mg	30 szt.	5909990719501
755	Glimepiridum	Glimepiride Accord, tabl., 3 mg	30 szt.	5909990719570
756	Glimepiridum	Glimepiride Accord, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990719648
757	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 4 mg	30 szt.	5909991075996
758	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 3 mg	30 szt.	5909991075798
759	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 2 mg	30 szt.	5909991075590
760	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 1 mg	30 szt.	5909991075378
761	Glimepiridum	Glimorion, tabl., 4 mg	30 szt.	5909991325329
762	Glimepiridum	Glimorion, tabl., 3 mg	30 szt.	5909991325312
763	Glimepiridum	Glimorion, tabl., 2 mg	30 szt.	5909991325305
764	Glimepiridum	Glimorion, tabl., 1 mg	30 szt.	5909991325282
765	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990791712
766	Glucagonum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	5909990693313
767	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30x1 kapsułka (dawka pojedyncza) + 1 inhalator	5909991000882
768	Imidaprilum	Tanatril, tabl., 5 mg	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	5909991069810
769	Imidaprilum	Tanatril, tabl., 10 mg	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	5909991069919
770	Imidaprilum	Tanatril, tabl., 20 mg	28 tabl. (2 blist.po 14 szt.)	5909991070014
771	Indacaterolum	Onbrez Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 300 µg	30 szt. + inhalator	5909990738472
772	Indacaterolum	Onbrez Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 150 µg	30 szt. + inhalator	5909990738397
773	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	5909991080921
774	Indapamidum	Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990012688
775	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	5909990223121
776	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990424801
777	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990424849

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
778	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 tabl. (3 blist.po 10 szt.)	5909990665907
779	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990734993
780	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990738212
781	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990770182
782	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	5909990863013
783	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990975815
784	Indapamidum	Indapamidum 123ratio, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990586806
785	Indapamidum	Indapamide SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	5909990644933
786	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	5909991025014
787	Indapamidum	Indapamide KRKA, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	5909990957125
788	Indapamidum	Ivipamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	5909990834730
789	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 tabl.	5909990799398
790	Indapamidum	Indapamide SR Mercapharm / Indasis SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	5909991271671
791	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909991276621
792	Indapamidum	Indix SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 tabl.	5908289660401
793	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5 mg	30 szt.	5909991092597
794	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10 mg	30 szt.	5909991092566
795	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Insuman Comb 25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990915613
796	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990238323
797	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 40 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990347124
798	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990348121
799	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909991022921
800	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909991023027
801	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909991023126
802	Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909991023324
803	Insulini injectio neutralis	Insuman Rapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990914715
804	Insulini injectio neutralis	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990237920
805	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	5909990451814
806	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	5909990879915
807	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	5909990614981

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
808	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfil)	5909990005741
809	Insulinum glargine	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml (do wstrzykiwaczy OptiPen/ClickStar)	5909990895717
810	Insulinum glargine	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	5909990617555
811	Insulinum glargine	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	5909991231538
812	Insulinum glargine	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	5909991201982
813	Insulinum glulisinum	Apidra SoloStar, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz.po 3 ml	5909990617197
814	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml OPTIPEN	5909990008575
815	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	5909990008483
816	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	5909990672448
817	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	5909990672585
818	Insulinum humanum	Insuman Rapid SoloStar 100 j.m./ml roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, roztwór do wstrzykiwąń we wstrzykiwaczu, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	5909990672363
819	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990246014
820	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990246717
821	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990247011
822	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 fiol.po 10 ml	5909990852017
823	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990852116
824	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 fiol.po 10 ml	5909990852314
825	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990852413
826	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 fiol.po 10 ml	5909990853014
827	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990853113
828	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990853311
829	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990853519
830	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909991022525
831	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909991022822
832	Insulinum isophanum	Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990915019
833	Insulinum isophanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990348923
834	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 szt.	5909991333553
835	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	5909990005536
836	Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990455010

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
837	Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990455614
838	Insulinum lisprum, injectio neutralis	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	5909990692422
839	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	5909990322114
840	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	5909990999019
841	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	5909991185879
842	Irbesartanum	Irprestan, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	5909990747054
843	Irbesartanum	Irprestan, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	5909990747085
844	Irbesartanum	Irprestan, tabl. powl., 300 mg	28 szt.	5909990747122
845	Irbesartanum	Irprestan, tabletki powlekane, 300 mg	28 tabl.	5909991324575
846	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 6 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990625697
847	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 2 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990650521
848	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 4 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990650620
849	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	5909991134907
850	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	5909991134938
851	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	5909991134969
852	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	5907695215205
853	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	5907695215212
854	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	5907695215229
855	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	5909990411818
856	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	2,5 ml (but.)	5909990741311
857	Latanoprostum	Latanost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 poj.po 2,5 ml	5909990859702
858	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	5909990841448
859	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990813582
860	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990995479
861	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt. (6 saszetek po 5 poj. jednodawkowych)	5909991019693
862	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	5903060601673
863	Latanoprostum	Latanoprost STADA, krople do oczu, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990853007
864	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990931873
865	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	5909991102883
866	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt. (18 saszetek po 5 poj. jednodawkowych)	5909991019709

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
867	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	5900411001298
868	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	5909991102890
869	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	5909991220365
870	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	5909991220396
871	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	5909991189792
872	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	5909991057213
873	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990894543
874	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990879687
875	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	5909990946587
876	Latanoprostum + Timololum	Timprost, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909991004897
877	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	5903060606630
878	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	5906414000948
879	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	5909991306649
880	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (but.)	5909990977826
881	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 tabl. (but.)	5909990977925
882	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	4037353010604
883	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	4037353010628
884	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990858651
885	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	4037353015388
886	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	5909991309145
887	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 10 mg	30 szt.	5909991309138
888	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	5909990094912
889	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	5909990095018
890	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	5909990095117
891	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	5909990095216
892	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	5909990377510
893	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	5909990748624
894	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	5909990748723
895	Levodopum + Carbidopum	Sinemet CR 200/50, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200+50 mg	100 szt.	5909990020416
896	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990175215

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
897	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990175314
898	Levothyroxinum natricum	Eltroxin, tabl., 50 µg	100 szt.	5909990001613
899	Levothyroxinum natricum	Eltroxin, tabl., 100 µg	100 szt.	5909990001712
900	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990168910
901	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990374014
902	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990718986
903	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990719006
904	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990719037
905	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	5909990820610
906	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051112
907	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909991051129
908	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051211
909	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909991051228
910	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051310
911	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909991051327
912	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051419
913	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909991051426
914	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051518
915	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909991051525
916	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051617
917	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt. (4 blist.po 25 szt.)	5909991051624
918	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051716
919	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909991051815
920	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	5909991107260
921	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	5909991107307
922	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990682409
923	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990682447
924	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	5909990682461
925	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990939718
926	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990939817

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
927	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990939916
928	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991013318
929	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991013417
930	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991013516
931	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991132927
932	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991133023
933	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991133122
934	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991235826
935	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	5909991235819
936	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg	30 tabl.	5909991266608
937	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg	30 tabl.	5909991365691
938	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg	30 tabl.	5909991357337
939	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990701803
940	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	5909990761685
941	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	5909990970520
942	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	5909990708352
943	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	5909990708369
944	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	5909991167714
945	Losartanum	Rasoltan 50 mg, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990085644
946	Losartanum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990481118
947	Losartanum	Losartic, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990621439
948	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990638659
949	Losartanum	Losagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990639885
950	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990674411
951	Losartanum	Apo-Lozart, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990702886
952	Losartanum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990724345
953	Losartanum	Presartan, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990724352
954	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990818914
955	Losartanum	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991055110
956	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991073428

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
957	Losartanum	Lakea, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991108212
958	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	5909990649112
959	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	5909990649129
960	Losartanum	Losartan Bluefish, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909990760770
961	Losartanum	Loreblok, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909990770601
962	Losartanum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990573905
963	Losartanum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990956654
964	Losartanum	Losartanum 123ratio, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990862238
965	Losartanum	Zeprez, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990887194
966	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909991268404
967	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	5909991272340
968	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	5909991268411
969	Losartanum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	5909991268428
970	Losartanum	Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 100 mg	28 tabl.	5909991297060
971	Losartanum	Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 50 mg	28 tabl.	5909991296940
972	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	30 szt.	5909991105655
973	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	60 szt.	5909991105679
974	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	90 szt.	5909991105693
975	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	30 szt.	5909991105723
976	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	60 szt.	5909991105747
977	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	90 szt.	5909991105761
978	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+5 mg	30 szt.	5909991105785
979	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+10 mg	30 szt.	5909991105853
980	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990337392
981	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990433612
982	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990645565
983	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990721641
984	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990721894
985	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990970513
986	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	5909990686339

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
987	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	5909990686360
988	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg	28 szt.	5909990816484
989	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losacor HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990729685
990	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Loreblok HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	5909990778843
991	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990611980
992	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan HCT Bluefish, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	5909990810758
993	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Xartan HCT, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt.	5909990925971
994	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Xartan HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	5909990925964
995	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan HCT Bluefish, tabl. powl., 100+25 mg	28 tabl.	5909990810796
996	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan + HCT Genoptim, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	5909991302931
997	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan + HCT Genoptim, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt.	5909991303082
998	Lovastatinum	Lovastin, tabl., 20 mg	28 szt.	5909990756629
999	Lovastatinum	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	5909990842315
1000	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990422159
1001	Mesalazinum	Salofalk 250, czopki, 250 mg	30 szt. (6 blist.po 5 szt.)	5909990088829
1002	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990400119
1003	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt. (6 blist.po 5 szt.)	5909990422227
1004	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990656813
1005	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	14 szt. (2 blist.po 7 szt.)	5909990656820
1006	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990662111
1007	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	5909991074012
1008	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.)	5909991083816
1009	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.)	5909991083915
1010	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	5909991084011
1011	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	5909991084110
1012	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	5909990806430
1013	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	5909990855315
1014	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	5909990974375
1015	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	5909990974184
1016	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	5907529110003

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1017	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	5907529109809
1018	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	5907529110027
1019	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	5909991273989
1020	Metformini hydrochloridum	Etform, tabletki powlekane, 1000 mg	60 tabl.	5909991352400
1021	Metformini hydrochloridum	Etform, tabletki powlekane, 1000 mg	120 tabl.	5909991352417
1022	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 tabl.	5909991271695
1023	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 tabl.	5909991271732
1024	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 tabl.	5909991271701
1025	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	30 tabl.	5909991271756
1026	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 tabl.	5909991271749
1027	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 tabl.	5909991271763
1028	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	5909990053056
1029	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078943
1030	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990078950
1031	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990078974
1032	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990078981
1033	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990079001
1034	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990079025
1035	Metforminum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	5909990126316
1036	Metforminum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990213429
1037	Metforminum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990220984
1038	Metforminum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	5909990220991
1039	Metforminum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	5909990221004
1040	Metforminum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt. (8 blist.po 15 szt.)	5909990221028
1041	Metforminum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	5909990450718
1042	Metforminum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990457212
1043	Metforminum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990457229
1044	Metforminum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990457311
1045	Metforminum	Metformin Galena, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990462018
1046	Metforminum	Metifor, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990495115

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1047	Metforminum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990624751
1048	Metforminum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	5909990652112
1049	Metforminum	Metfogamma 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990654598
1050	Metforminum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990698141
1051	Metforminum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990698172
1052	Metforminum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990698257
1053	Metforminum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990698271
1054	Metforminum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	5909990705474
1055	Metforminum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	5909990705726
1056	Metforminum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	5909990705894
1057	Metforminum	Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990717248
1058	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990765379
1059	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990765393
1060	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990765423
1061	Metforminum	Metformin Galena, tabl., 850 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990928019
1062	Metforminum	Metfogamma 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991032913
1063	Metforminum	Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	5909990789276
1064	Metforminum	Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	5909990789290
1065	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990765386
1066	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990765409
1067	Metforminum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990765430
1068	Metforminum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	5909990864461
1069	Metforminum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	5909990213436
1070	Metforminum	Glucophage, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	5909990789306
1071	Metforminum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	5909990624768
1072	Metforminum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	60 tabl.	5909990457328
1073	Metforminum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	5909990935260
1074	Metforminum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	5909990935253
1075	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	5909990933181
1076	Metforminum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt. (12 blist.po 10 szt.)	5909990457236

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1077	Metforminum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt. (8 blist.po 15 szt.)	5909990457335
1078	Metforminum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 tabl.	4013054024331
1079	Metforminum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	4013054024348
1080	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990078967
1081	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990079032
1082	Metforminum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990078998
1083	Metforminum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	5909990933167
1084	Metforminum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	5909990933174
1085	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 tabl.	5909990933198
1086	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	5909991252069
1087	Metforminum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	5909990935277
1088	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	5907626701852
1089	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	5909990791286
1090	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	5909990791347
1091	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	5909990791392
1092	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	5909990791477
1093	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	5909990791521
1094	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	5909990928125
1095	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	5907626701869
1096	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	5907626701920
1097	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	5907626702040
1098	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	5909990735242
1099	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	5909990735273
1100	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	5909990735303
1101	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	5909990922741
1102	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	5909990922758
1103	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	5909990922765
1104	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	5909990922772
1105	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	5909991252700
1106	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	5909991252724

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1107	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	5909991252762
1108	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	5909991252809
1109	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	5909991252847
1110	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	5909991252885
1111	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	5055565730980
1112	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	5055565731093
1113	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	5055565731000
1114	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	5055565730904
1115	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	5055565730935
1116	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	5055565731048
1117	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	5055565731130
1118	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	5055565730898
1119	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	5055565730928
1120	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	5055565730973
1121	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	5055565731031
1122	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	5055565731086
1123	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	5055565731123
1124	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	5055565730881
1125	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	5055565730911
1126	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	5055565730959
1127	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	5055565730966
1128	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	5055565731024
1129	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	5055565731062
1130	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	5055565731079
1131	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	5055565731116
1132	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,55 ml	5055565736319
1133	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 7,5 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346775
1134	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991347048
1135	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346980
1136	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346928

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1137	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 17,5 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346898
1138	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346867
1139	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 12,5 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346836
1140	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 10 mg	8 wstrzykiwaczy	5909991346805
1141	Metoprololum	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990034420
1142	Metoprololum	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990034529
1143	Metoprololum	Selmet, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909991073541
1144	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990157716
1145	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990157822
1146	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	5909990764242
1147	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990796618
1148	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt. (3 blist.po 30 szt.)	5909990796625
1149	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990883813
1150	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	5909990883820
1151	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	5909990883929
1152	Mianserinum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909991120948
1153	Mianserinum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	5909991121051
1154	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	5909991124311
1155	Mianserinum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	5909991064525
1156	Mianserinum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 tabl.	5909991120962
1157	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	5909990094813
1158	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 300 mg	30 szt.	5909990419814
1159	Moclobemidum	Moklar, tabl. powl., 150 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990953714
1160	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powl., 150 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990966813
1161	Mometasonum	Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 poj.po 60 daw.	5909991106638
1162	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	5909990075621
1163	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	5909990075720
1164	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	5909990075829
1165	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	5909990716821
1166	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	5909990716920

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1167	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	5909990836932
1168	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	5909990837038
1169	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	5909990837137
1170	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990689774
1171	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990673865
1172	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990642809
1173	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990653300
1174	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990670185
1175	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990685189
1176	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990648719
1177	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	5909990662425
1178	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990750290
1179	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	5909990685202
1180	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990805495
1181	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990640997
1182	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt. (10 blist.po 10 szt.)	5909990641000
1183	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	5907626703597
1184	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	5909990662456
1185	Olodaterolum + Tiotropii bromidum	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład + 1 inh.	5909991257439
1186	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990643905
1187	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990643943
1188	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990644001
1189	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990644025
1190	Oxycodonum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990644049
1191	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	5909990839469
1192	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	5909990839643
1193	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	5909990839780
1194	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	5909990840038
1195	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	5909990840182
1196	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	5909991184742

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1197	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	5909991184827
1198	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	5909991184865
1199	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	5909991184902
1200	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	5909991184940
1201	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	100 szt.	5909990940233
1202	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	5909990940769
1203	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	5909990941247
1204	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	5909990941407
1205	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	5909990941568
1206	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedł. uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	5909991229160
1207	Oxycodonum	Oxydolor, tabl. o przedł. uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	5909991229016
1208	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	5909991250850
1209	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	5909991250874
1210	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990010189
1211	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990010202
1212	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990047109
1213	Paroxetinum	Parogen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990425877
1214	Paroxetinum	Parogen, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	5909990425884
1215	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570515
1216	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909991006310
1217	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990798346
1218	Paroxetinum	Paroxetine Aurobindo, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990655724
1219	Perindoprilum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990336081
1220	Perindoprilum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990337774
1221	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990569311
1222	Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990653614
1223	Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990653621
1224	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	5909990662494
1225	Perindoprilum	Erbugen, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990984954
1226	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt.	5909991263713

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1227	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	5909991263904
1228	Perindoprilum	Perindanor, tabl., 4 mg	30 szt.	5909990957606
1229	Perindoprilum	Perindanor, tabl., 8 mg	30 szt.	5909990957774
1230	Perindoprilum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990669301
1231	Perindoprilum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990669332
1232	Perindoprilum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990669387
1233	Perindoprilum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990669400
1234	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	5909990908134
1235	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	5909990908165
1236	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	5909990908196
1237	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	5909990908240
1238	Perindoprilum + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	5909991137212
1239	Perindoprilum + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	5909991137472
1240	Perindoprilum + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	5909991137526
1241	Perindoprilum + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	5909991137571
1242	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 tabl.	5909990908158
1243	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 tabl.	5909990908189
1244	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 tabl.	5909990908233
1245	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 tabl.	5909990908264
1246	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	5906414001839
1247	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	5906414001846
1248	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	5906414001860
1249	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	5906414001877
1250	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	5906414001891
1251	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	5906414001907
1252	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	5906414001921
1253	Perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	5906414001938
1254	Perindoprilum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990055029
1255	Perindoprilum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990055678
1256	Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990641086

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1257	Perindoprilum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990707782
1258	Perindoprilum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	5909990715206
1259	Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990746569
1260	Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	5909990850167
1261	Perindoprilum + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	5909991050344
1262	Perindoprilum + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg	30 szt.	5909991050290
1263	Pilocarpinum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	5909990237524
1264	Piribedilum	Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990846320
1265	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0,088 mg	30 szt.	5909990804405
1266	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0,18 mg	30 szt.	5909990804443
1267	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0,35 mg	30 szt.	5909990804467
1268	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0,7 mg	30 szt.	5909990804481
1269	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0,35 mg	100 szt.	5909990804474
1270	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0,7 mg	100 szt.	5909990804498
1271	Pramipexolum	Oprymea 0,26 mg+ 0,52 mg + 1,05 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	5909991238773
1272	Pramipexolum	Oprymea 1,05 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	5909991238582
1273	Pramipexolum	Oprymea 1,57 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	5909991238629
1274	Pramipexolum	Oprymea 2,1 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2,1 mg	30 szt.	5909991238667
1275	Pramipexolum	Hitoff, tabl., 0,18 mg	100 szt.	5909990804450
1276	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 kaps. (1 blist.po 14 kaps.)	5909990009282
1277	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 kaps. (4 blistr.po 14 kaps.)	5909990009299
1278	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 kaps. (1 blist.po 14 kaps.)	5909990009350
1279	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 kaps. (4 blistr.po 14 kaps.)	5909990009367
1280	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 kaps.	5901878600543
1281	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 kaps.	5901878600550
1282	Propranololum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990112111
1283	Propranololum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt. (2 blist.po 25 szt.)	5909990112210
1284	Propranololum	Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg	50 szt.	5909991033590
1285	Propranololum	Propranolol Accord, tabletki powlekane, 10 mg	50 tabl.	5909991033507
1286	Quinaprilum	Accupro 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	5909990706914

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1287	Quinaprilum	Accupro 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	5909990707010
1288	Quinaprilum	Accupro 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 tabl.)	5909990707119
1289	Quinaprilum	Accupro 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 tabl.)	5909991080129
1290	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991125417
1291	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991125516
1292	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991125615
1293	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990953882
1294	Quinaprilum	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909991165710
1295	Ramiprilum	Ramistad 5, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990017454
1296	Ramiprilum	Ramistad 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990017447
1297	Ramiprilum	Ramistad 10, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990017461
1298	Ramiprilum	Ramve 2,5 mg, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990047949
1299	Ramiprilum	Ramve 5 mg, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990047963
1300	Ramiprilum	Ramve 10 mg, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990047987
1301	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990212170
1302	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990212248
1303	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990337958
1304	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990337972
1305	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990337989
1306	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990571468
1307	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990571499
1308	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990610440
1309	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990610495
1310	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990610532
1311	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 2,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990653355
1312	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990653362
1313	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990653379
1314	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990661756
1315	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990694631
1316	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990694655

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1317	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990571505
1318	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990571475
1319	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990478217
1320	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990478316
1321	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990916016
1322	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	5909990924608
1323	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990924646
1324	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990924653
1325	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990610433
1326	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990610488
1327	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990610525
1328	Ramiprilum	Ramipril Billev, tabl., 5 mg	28 szt.	5909991070441
1329	Ramiprilum	Ramipril Billev, tabl., 10 mg	28 szt.	5909991070540
1330	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	5909997203416
1331	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	5909990961955
1332	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990961986
1333	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990962020
1334	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	5909997212296
1335	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	5909997211992
1336	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2,5 mg	28 tabl.	5909991093280
1337	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 tabl.	5909991093303
1338	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 tabl.	5909991093334
1339	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	5909991226862
1340	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	5909991264673
1341	Ramiprilum	Piramil, tabl., 10 mg	28 szt.	5909991286132
1342	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabletki, 10 mg	30 szt.	5909991308971
1343	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	5909991004385
1344	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	5909991004392
1345	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	5909991004378
1346	Ramiprilum	Piramil, tabletki, 10 mg	30 tabletek	5909991344603

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1347	Ramiprilum	Ampril 10 mg, tabletki, 10 mg	30 tabletek	5909991340766
1348	Ramiprilum	Ampril 10mg tabletki, tabletki, 10 mg	30 szt.	5909991347420
1349	Ramiprilum	Tritace 10, tabletki, 10 mg	28 tabl.	5909991367084
1350	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	5909990936809
1351	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	5909990936779
1352	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	5909990936854
1353	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	5909990936885
1354	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	5909990988259
1355	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	5909990988273
1356	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	5909990988297
1357	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	5909990988334
1358	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 5+5 mg	30 szt.	5909991142520
1359	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 5+10 mg	30 szt.	5909991142681
1360	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 10+5 mg	30 szt.	5909991142636
1361	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 10+10 mg	30 szt.	5909991142759
1362	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	5909991142513
1363	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	5909991142674
1364	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	5909991142643
1365	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	5909991142728
1366	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	5903060611429
1367	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	5903060611542
1368	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	5903060611504
1369	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	5903060611467
1370	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg	28 szt.	5909990973118
1371	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg	28 szt.	5909990973217
1372	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573226
1373	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573233
1374	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990885312
1375	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990885411
1376	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ramizek HCT, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	5909991200152

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1377	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ramizek HCT, tabl., 5+25 mg	30 szt.	5909991200183
1378	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ramicor Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	5909991144227
1379	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ramicor Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	5909991144234
1380	Risedronatum natricum	Risendros 35, tabl. powl., 35 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	5909990082599
1381	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl., 10 mg	10 szt.	5909990658145
1382	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	5909990910601
1383	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	5909990910663
1384	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	5909990910700
1385	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 sasz.	5909990066704
1386	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 sasz.	5909990066766
1387	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	5909990700646
1388	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	5909990700660
1389	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	5909990700684
1390	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	5909990700691
1391	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990700707
1392	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	5909990700738
1393	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	5909990700745
1394	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	5909990700752
1395	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990700790
1396	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	5909990700806
1397	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990700844
1398	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	5909991078454
1399	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h	30 szt.	5909991078386
1400	Rivastigminum	Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990886401
1401	Rivastigminum	Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990886425
1402	Rivastigminum	Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	5909990886296
1403	Rivastigminum	Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	5909990886364
1404	Rivastigminum	Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990886302
1405	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	5909990782048
1406	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	5909990782055

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1407	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	5909990782079
1408	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990782086
1409	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	5909990782147
1410	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	5909990782154
1411	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990782178
1412	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990782185
1413	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990816255
1414	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	5909990816262
1415	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	5909990816279
1416	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990816286
1417	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990816293
1418	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	5909990803156
1419	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	5909990803545
1420	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990803569
1421	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	5909990803781
1422	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	5909990803804
1423	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990804085
1424	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990804108
1425	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	5909990778898
1426	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	5909990778935
1427	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990778942
1428	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	5909990778966
1429	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	5909990778973
1430	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990778997
1431	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990779000
1432	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h	30 sasz.	5909991032609
1433	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	5909990700721
1434	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	5909990700769
1435	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	5909990700851
1436	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	5909990982981

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1437	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	5909990983162
1438	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	5909990983179
1439	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	5909990983308
1440	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	5909990983322
1441	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	5909990983506
1442	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	5909990983544
1443	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	5909991067632
1444	Rivastigminum	Rivastigmine Teva, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h	30 szt.	5909991078232
1445	Rivastigminum	Rivastigmine Teva, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	5909991078263
1446	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24 h	30 szt.	5909991067595
1447	Rivastigminum	Rivastigmine Teva, system transdermalny, plaster, 13,3 mg/24 h	30 szt.	5909991239091
1448	Rivastigminum	Vergesin, kapsułki twarde, 6 mg	28 kaps.	5909991062781
1449	Rivastigminum	Vergesin, kapsułki twarde, 4,5 mg	28 kaps.	5909991062590
1450	Rivastigminum	Vergesin, kapsułki twarde, 3 mg	28 kaps.	5909991062385
1451	Rivastigminum	Vergesin, kapsułki twarde, 1,5 mg	28 kaps.	5909991062170
1452	Rivastigminum	Symelon, kaps. twarde, 1,5 mg	28 kaps.	5909990973392
1453	Rivastigminum	Symelon, kaps. twarde, 3 mg	28 kaps.	5909990973545
1454	Rivastigminum	Symelon, kaps. twarde, 4,5 mg	28 kaps.	5909990973774
1455	Rivastigminum	Symelon, kaps. twarde, 6 mg	28 kaps.	5909990973880
1456	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990013586
1457	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990013685
1458	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990013890
1459	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	5909990013968
1460	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990644612
1461	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990644636
1462	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990644728
1463	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,25 mg	210 szt.	5909990731954
1464	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	5909990731985
1465	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	5909990732074
1466	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	5909990732227

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1467	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	5909990732333
1468	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990855766
1469	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990855780
1470	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990855773
1471	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990878000
1472	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990877683
1473	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990878086
1474	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	5909991033781
1475	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	5909991033798
1476	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	5909991033804
1477	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990990085
1478	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990990092
1479	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990990108
1480	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 tabl.	5909990963874
1481	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 tabl.	5909990964239
1482	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 tabl.	5909990964321
1483	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990998586
1484	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990998982
1485	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990999156
1486	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990988242
1487	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990988198
1488	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990988204
1489	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990992607
1490	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990992775
1491	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990992683
1492	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909991049294
1493	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909991049355
1494	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909991049393
1495	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	5909990983971
1496	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	5909990983582

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1497	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	5909990983803
1498	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 20 mg	28 szt.	5909990895533
1499	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 30 mg	28 szt.	5909990895663
1500	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990895786
1501	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 5 mg	28 szt.	5909990895106
1502	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 10 mg	28 szt.	5909990895250
1503	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 15 mg	28 szt.	5909990895380
1504	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990791873
1505	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990791743
1506	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	5909990895403
1507	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	5909990895687
1508	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991000103
1509	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991000141
1510	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909991000158
1511	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909991000165
1512	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990802685
1513	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990777785
1514	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990777839
1515	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991085674
1516	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909991085759
1517	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909991085841
1518	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909990802753
1519	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990919659
1520	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909991085599
1521	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	5909991085636
1522	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	5909991085698
1523	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	5909991085773
1524	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	5909991085865
1525	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990802562
1526	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	5909990802586

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1527	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990802623
1528	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	5909990802647
1529	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	5909990802708
1530	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	5909990802777
1531	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991021184
1532	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909991021375
1533	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909991021337
1534	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 40 mg	30 tabl.	5909991265083
1535	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 40 mg	28 tabl.	5909991265076
1536	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 20 mg	30 tabl.	5909991265007
1537	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 20 mg	28 tabl.	5909991264994
1538	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 10 mg	30 tabl.	5909991264925
1539	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 10 mg	28 tabl.	5909991264918
1540	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 5 mg	30 tabl.	5909991264857
1541	Rosuvastatinum	Astrium, tabletki powlekane, 5 mg	28 tabl.	5909991264840
1542	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 10 mg	90 tabl.	5909990895304
1543	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	5909990895182
1544	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	5909990895892
1545	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 30 mg	90 tabl.	5909990895724
1546	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 15 mg	90 tabl.	5909990895458
1547	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	5909990895588
1548	Rosuvastatinum	Suvardio, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	5909990792009
1549	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	5909991333973
1550	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	5909991333959
1551	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	5909991334086
1552	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	5909991334062
1553	Rosuvastatinum	Rosugen, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909990922406
1554	Rosuvastatinum	Rosugen, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	5909990921805
1555	Rosuvastatinum	Rosugen, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990922185
1556	Rosuvastatinum	Rosugen, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990921997

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1557	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990919604
1558	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990919673
1559	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	5909990919574
1560	Rosuvastatinum	Suvardio, tabletki powlekane, 5 mg	28 szt.	5909990791606
1561	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 15 mg	90 tabl.	5909991347079
1562	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 30 mg	90 tabl.	5909991347109
1563	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 15 mg	56 tabl.	5997001369333
1564	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 30 mg	56 tabl.	5997001369340
1565	Salbutamolum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	5909990442010
1566	Salbutamolum	Ventolin, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	20 amp.po 2,5 ml	5909990454013
1567	Salbutamolum	Ventolin, roztwór do nebulizacji, 2 mg/ml	20 amp.po 2,5 ml	5909990454112
1568	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	5909991106928
1569	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	5909991107826
1570	Salbutamolum	Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.po 8,5 g (200 daw.)	5909990764150
1571	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg	1 poj.a 200 dawek	5909990848065
1572	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	5909990437825
1573	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	5909990623099
1574	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	5909991109424
1575	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt. (9 blist.po 10 szt.) + inhalator	5909991109431
1576	Salmeterolum	Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę	120 dawek	5909990867653
1577	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg	120 szt. (12 blist.po 10 szt. + inhalator)	5909991206390
1578	Selegilinum	Selgres, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	5909990404315
1579	Selegilinum	Segan, tabl., 5 mg	60 szt.	5909990746026
1580	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	5909990046621
1581	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909990046690
1582	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990422685
1583	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990422692
1584	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990571925
1585	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990571963
1586	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990663040

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1587	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	5909990663163
1588	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990753116
1589	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990753215
1590	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909990963218
1591	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	5909990963317
1592	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powl., 50 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990994816
1593	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990013982
1594	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990569472
1595	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	5909990804368
1596	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990804344
1597	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909990919888
1598	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	5909990919987
1599	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909991106898
1600	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	5909991106904
1601	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	5909991279660
1602	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	5909991279615
1603	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	5909991279561
1604	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	5909991279516
1605	Sertralinum	Sastium, tabletki powlekane, 50 mg	30 tabl.	5909991279523
1606	Sertralinum	Sastium, tabletki powlekane, 100 mg	30 tabl.	5909991279622
1607	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990055722
1608	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990365913
1609	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990366026
1610	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990618279
1611	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990618286
1612	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990618293
1613	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990623273
1614	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990623297
1615	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990623334
1616	Simvastatinum	Simvacor, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990336623

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1617	Simvastatinum	Simvacor, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990336630
1618	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990743650
1619	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990743667
1620	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990769124
1621	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990914012
1622	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990914111
1623	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990927616
1624	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990927715
1625	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990927838
1626	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990935116
1627	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990935215
1628	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990935314
1629	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990941025
1630	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990941124
1631	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990941223
1632	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909990982714
1633	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991019723
1634	Simvastatinum	Simratio 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991019822
1635	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991019945
1636	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991073114
1637	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991073213
1638	Simvastatinum	Simvagamma 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991146016
1639	Simvastatinum	Simvagamma 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991146115
1640	Simvastatinum	Simvagamma 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909991146214
1641	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990649532
1642	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990649655
1643	Simvastatinum	Simorion, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909990794089
1644	Simvastatinum	Simorion, tabl. powl., 20 mg	98 szt.	5909990794157
1645	Simvastatinum	Simorion, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990794140
1646	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990723591

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1647	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990723829
1648	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990723812
1649	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909990724031
1650	Simvastatinum	Simorion, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990793853
1651	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5907553016012
1652	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5907553016029
1653	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909990706396
1654	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909990706532
1655	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909990706631
1656	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909991048488
1657	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909991048495
1658	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990940110
1659	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990940219
1660	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990940318
1661	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	5909990706464
1662	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 20 mg	100 szt.	5909990706594
1663	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 40 mg	100 szt.	5909990706693
1664	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	5909990706549
1665	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	5909990706648
1666	Simvastatinum	Simvastatinum Accord, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	5909990706402
1667	Simvastatinum	Sistat, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909991261238
1668	Simvastatinum	Sistat, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	5909991261184
1669	Simvastatinum	Sistat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	5909991261139
1670	Sotalolum	SotaHEXAL 80, tabl., 80 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990309016
1671	Sotalolum	SotaHEXAL 160, tabl., 160 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990309115
1672	Sotalolum	Biosotal 80, tabl., 80 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990365616
1673	Sotalolum	Biosotal 40, tabl., 40 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990365715
1674	Sotalolum	SotaHEXAL 40, tabl., 40 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909991014711
1675	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	5909990110216
1676	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	5909990110223

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1677	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	5909990117215
1678	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	5909990488414
1679	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	5909990488513
1680	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	5909990673124
1681	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	5909990965977
1682	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	5909990965861
1683	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	5909990965878
1684	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	5909990965885
1685	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	5909990965854
1686	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	5909991244651
1687	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	5909991244668
1688	Spironolactonum	Ismian, tabl. powl., 100 mg	30 tabl.	5909991277208
1689	Spironolactonum	Ismian, tabl. powl., 25 mg	20 tabl.	5909991277079
1690	Spironolactonum	Ismian, tabl. powl., 25 mg	30 tabl.	5909991277086
1691	Spironolactonum	Ismian, tabl. powl., 25 mg	100 tabl.	5909991277123
1692	Spironolactonum	Ismian, tabl. powl., 50 mg	30 tabl.	5909991277147
1693	Spironolactonum	Ismian, tabl. powl., 100 mg	20 tabl.	5909991277192
1694	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	5909990283217
1695	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	5909990283316
1696	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	5909990283323
1697	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt. (1 poj.po 50 szt.)	5909990864416
1698	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt. (1 poj.po 100 szt.)	5909990864423
1699	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	5909990894642
1700	Tamsulosinum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990044382
1701	Tamsulosinum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990045006
1702	Tamsulosinum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	5909990048007
1703	Tamsulosinum	Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990219070
1704	Tamsulosinum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990430895
1705	Tamsulosinum	Bazetham, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990565894
1706	Tamsulosinum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990565948

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1707	Tamsulosinum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990566068
1708	Tamsulosinum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990566075
1709	Tamsulosinum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990566280
1710	Tamsulosinum	TamsuLEK, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990570386
1711	Tamsulosinum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	5909990570690
1712	Tamsulosinum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573257
1713	Tamsulosinum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990586196
1714	Tamsulosinum	Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990716418
1715	Tamsulosinum	Tamsudil, kaps. twarde o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt. (9 blist.po 10)	5909990565962
1716	Tamsulosinum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	5909990894598
1717	Tamsulosinum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	5909990847808
1718	Tamsulosinum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	5909990980451
1719	Tamsulosinum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	5909990900794
1720	Tamsulosinum	Urostad, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	5909997216393
1721	Tamsulosinum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	5909997226293
1722	Tamsulosinum	Tamsulosin Genoptim, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 kaps.	5909991012465
1723	Tamsulosinum	Tamsulosin Genoptim, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 kaps.	5909991012496
1724	Tamsulosinum	Tamsulosin Genoptim, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 kaps.	5909991012502
1725	Tamsulosinum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	5909991136321
1726	Tamsulosinum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	5909997225937
1727	Tamsulosinum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990573585
1728	Tamsulosinum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	5909990573592
1729	Tamsulosinum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	5909991191221
1730	Tamsulosinum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	5909991191214
1731	Tamsulosinum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	5909991199081
1732	Tamsulosinum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	5907587609235
1733	Tamsulosinum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	5909991265878
1734	Tamsulosinum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	5909990622726
1735	Tamsulosinum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	5906414001501

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1736	Tamsulosinum	Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	5909991092184
1737	Telmisartanum	Micardis, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990440726
1738	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	14 szt.	5909990440818
1739	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990440825
1740	Telmisartanum	Pritor, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990463428
1741	Telmisartanum	Pritor, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990463527
1742	Telmisartanum	Tolura 40 mg tabletki, tabl. powl., 40 mg	28 tabl.	5909997077604
1743	Telmisartanum	Tolura 80 mg tabletki, tabl. powl., 80 mg	28 tabl.	5909997077673
1744	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990891863
1745	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990902095
1746	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990902002
1747	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990974863
1748	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990974979
1749	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 tabl.	5909990818150
1750	Telmisartanum	Telmisartan Sandoz, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990840472
1751	Telmisartanum	Telmisartan Sandoz, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990840557
1752	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 tabl.	5909990818082
1753	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990936670
1754	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990936700
1755	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 tabl.	5909997077628
1756	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 tabl.	5909997077697
1757	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990941841
1758	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990941926
1759	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 tabl.	5909991018436
1760	Telmisartanum	Telmisartan Apotex, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990992058
1761	Telmisartanum	Telmisartan Apotex, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990992065
1762	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	5909991036768
1763	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909991036867
1764	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990891832
1765	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	5909997077703

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1766	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	5909997077635
1767	Telmisartanum	Telmisartanum 123ratio, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990821792
1768	Telmisartanum	Telmisartanum 123ratio, tabl., 40 mg	28 szt.	5909990821839
1769	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	5909991086626
1770	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	5909991086633
1771	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 tabl.	5909990974887
1772	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 tabl.	5909990974993
1773	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909991229801
1774	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	5909991060220
1775	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	5909991060268
1776	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	5909991018429
1777	Telmisartanum	Telmizek, tabletki, 80 mg	28 szt.	5909991361969
1778	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	PritorPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909990644834
1779	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	14 szt.	5909990653010
1780	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909990653027
1781	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991020026
1782	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	PritorPlus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991068325
1783	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	PritorPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991068424
1784	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991045180
1785	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	5909991045203
1786	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991045692
1787	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	5909991045722
1788	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991045807
1789	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	5909991045852
1790	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991056247
1791	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991056773
1792	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991082338
1793	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991082529
1794	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991082598
1795	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991073909

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1796	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991073848
1797	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	5909991045265
1798	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	5909991045746
1799	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	5909991045876
1800	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991095994
1801	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	5909991096007
1802	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991096038
1803	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991079802
1804	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991080051
1805	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991080174
1806	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	5909991096045
1807	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991096069
1808	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	5909991096076
1809	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991073732
1810	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991079451
1811	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991079598
1812	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991079703
1813	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991226381
1814	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991226398
1815	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991226404
1816	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telhyd, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991268770
1817	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telhyd, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991268787
1818	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telhyd, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991268794
1819	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmidon, tabl., 80+25 mg	56 szt.	5909991283322
1820	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmidon, tabl., 80+25 mg	28 szt.	5909991283308
1821	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmidon, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	5909991283056
1822	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmidon, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	5909991283032
1823	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmidon, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	5909991283148
1824	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990484119
1825	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990484317

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1826	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990767816
1827	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990767915
1828	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990768011
1829	Theophyllinum	Theovent 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990149926
1830	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990261215
1831	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990450114
1832	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990450213
1833	Theophyllinum	Euphyllin CR retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990665419
1834	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	5909990803910
1835	Ticlopidinum	Iclopid, tabl. powl., 250 mg	60 szt.	5909990044986
1836	Ticlopidinum	Aclotin, tabl. powl., 0,25 g	60 szt. (3 blist.po 20 szt.)	5909990334971
1837	Ticlopidinum	Apo-Clodin, tabl. powl., 250 mg	60 szt. (1 but.po 60 szt.)	5909990646616
1838	Ticlopidinum	Aclotin, tabl. powl., 0,25 g	20 szt. (1 blist.po 20 szt.)	5909990667116
1839	Ticlopidinum	Ifapidin, tabl. powl., 250 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990694846
1840	Ticlopidinum	Ifapidin, tabl. powl., 250 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990694853
1841	Ticlopidinum	Apo-Clodin, tabl. powl., 250 mg	30 szt. (1 but.po 30 szt.)	5909990938315
1842	Ticlopidinum	Iclopid, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	5909991029333
1843	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml	5 ml	5909990073610
1844	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	5909990073719
1845	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	5909990187713
1846	Tiotropii bromidum	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	5909990985111
1847	Tiotropii bromidum	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. (3 blist.po 10 szt. + HandiHaler)	5909990985128
1848	Tiotropii bromidum	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	5909990735839
1849	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	5909991299545
1850	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	5909991253998
1851	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	5909991254001
1852	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990942619
1853	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909991197629
1854	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 poj.a 2,5 ml	5909991321949
1855	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 poj.a 2,5 ml	5909991321956

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1856	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	5909990586172
1857	Trazodonum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	5909990918621
1858	Trazodonum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	5909990918720
1859	Trazodonum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	5909990715497
1860	Umeclidinii bromidum	Incruse/Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg	30 daw.	5909991108953
1861	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro/Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, 55+22 µg	30 dawek	5909991108984
1862	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990074945
1863	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990074969
1864	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990681877
1865	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990682065
1866	Valsartanum	Nortivan, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909990726776
1867	Valsartanum	Nortivan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909990726844
1868	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990751594
1869	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990751877
1870	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990929115
1871	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990929214
1872	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990929238
1873	Valsartanum	Axudan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909990831067
1874	Valsartanum	Axudan, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909990830961
1875	Valsartanum	Valsacor 80, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	5909990818853
1876	Valsartanum	Valsacor 160, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	5909990818983
1877	Valsartanum	Valsargen, kaps. twarde, 80 mg	28 szt.	5909990856954
1878	Valsartanum	Valsargen, kaps. twarde, 160 mg	28 szt.	5909990857081
1879	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	5909990779147
1880	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909990827459
1881	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909990827480
1882	Valsartanum	Valsotens, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909990693276
1883	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	5909990773695
1884	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	5909990773763
1885	Valsartanum	Apo-Valsart, tabl. powl., 160 mg	28 tabl.	5909990870905

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1886	Valsartanum	Apo-Valsart, tabl. powl., 80 mg	28 tabl.	5909990870561
1887	Valsartanum	Axudan, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	5909990831159
1888	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909990804542
1889	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909990804580
1890	Valsartanum	Walsartan KRKA, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	5909991002794
1891	Valsartanum	Walsartan KRKA, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909991003081
1892	Valsartanum	Valsartan 123ratio, kaps. twarde, 80 mg	28 szt.	5909990810635
1893	Valsartanum	Valsartan 123ratio, kaps. twarde, 160 mg	28 szt.	5909990810697
1894	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	5909991088101
1895	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	5909991088118
1896	Valsartanum	Valsartan Aurobindo, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909990986057
1897	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	5909990818860
1898	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	5909990818990
1899	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 tabl.	5909991202286
1900	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 tabl.	5909991202330
1901	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	5909991216306
1902	Valsartanum	Axudan, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	5909990830985
1903	Valsartanum	Axudan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	5909991230395
1904	Valsartanum	Axudan, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	5909990831081
1905	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	5909991261801
1906	Valsartanum	Ivisart, tabl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990686254
1907	Valsartanum	Ivisart, tabl., 80 mg	28 szt.	5909990685981
1908	Valsartanum	Awalone, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909990688739
1909	Valsartanum	Awalone, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	5909990688548
1910	Valsartanum	Nortivan Neo, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909991055929
1911	Valsartanum	Nortivan Neo, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	5909991055899
1912	Valsartanum	Valorion, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909991299590
1913	Valsartanum	Valorion, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	5909991299583
1914	Valsartanum	Axudan, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909991253912
1915	Valsartanum	Axudan, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	5909991253226

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1916	Valsartanum	Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	5909991266387
1917	Valsartanum	Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909991266455
1918	Valsartanum	Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 160 mg	56 tabl.	5909991266479
1919	Valsartanum	Valtap, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909991344375
1920	Valsartanum	Bespres, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	5909991350680
1921	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990704132
1922	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990704262
1923	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990740246
1924	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990740277
1925	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909990740857
1926	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Nortivan, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909990772292
1927	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Nortivan, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990772452
1928	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Nortivan, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909990772506
1929	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990740864
1930	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Diovan, tabl. powl., 160+25 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	5909991062927
1931	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990829989
1932	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909990830107
1933	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990874255
1934	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909990862351
1935	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909990862399
1936	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990862375
1937	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsotens HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990877386
1938	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsotens HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909990877201
1939	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909990829927
1940	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	5909990830176
1941	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	5909990847464
1942	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-valsacor, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	5909990847501
1943	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990740833
1944	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	5909990830244
1945	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990801961

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1946	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909990802005
1947	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 tabl.	5909990740192
1948	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	14 szt.	5909990813995
1949	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 tabl.	5909990740208
1950	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 tabl.	5909990740253
1951	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	56 tabl.	5909990740284
1952	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909990847600
1953	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909990847655
1954	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	ApoValsart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909991028688
1955	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	5909991067564
1956	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	5909991067557
1957	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan HCT Mylan, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909991045500
1958	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan HCT Mylan, tabl. powl., 160+25 mg	14 szt.	5909991046750
1959	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan HCT Mylan, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909991046767
1960	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	98 szt.	5909990740260
1961	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	98 szt.	5909990740291
1962	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	98 szt.	5909990740239
1963	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + hydrochlorothiazide Aurobindo, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909991077495
1964	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	5909990830008
1965	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909991230234
1966	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909991230333
1967	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	5909990829941
1968	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	5909990830138
1969	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909991242893
1970	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	5909991242916
1971	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	5909991077655
1972	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	5909991077792
1973	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	5909991077341
1974	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	5909991077372
1975	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Awalten, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	5909991242787

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
1976	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	5909991282028
1977	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 tabl.	5909991305949
1978	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	14 tabl.	5909991305932
1979	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 80+12,5 mg	28 tabl.	5909991135850
1980	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 tabl.	5909991136376
1981	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 160+12,5 mg	28 tabl.	5909991136116
1982	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 tabl.	5909991254407
1983	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+12,5 mg	28 tabl.	5909991251857
1984	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 320+25 mg	28 szt.	5909991325749
1985	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 80+12,5 mg	28 szt.	5909991325572
1986	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+12,5 mg mg	28 szt.	5909991340131
1987	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 szt.	5909991340186
1988	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 szt.	5909991343989
1989	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 szt.	5909991351090
1990	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabletki powlekane, 320+12,5 mg	28 szt.	5909991349721
1991	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabletki powlekane, 320+25 mg	28 szt.	5909991349707
1992	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990040971
1993	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990040995
1994	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990047895
1995	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990047956
1996	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990055982
1997	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990056279
1998	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990056293
1999	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990424672
2000	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990493913
2001	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990494019
2002	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990660636
2003	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990660643
2004	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990660650
2005	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	5909990673728

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
2006	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990673766
2007	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990673803
2008	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	5909990691760
2009	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990691883
2010	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990691906
2011	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	5909990715299
2012	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990715350
2013	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990715374
2014	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	5909990721498
2015	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990721504
2016	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990721528
2017	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990727490
2018	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990727506
2019	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	5909990727520
2020	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990767601
2021	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990767625
2022	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37,5 mg	28 szt.	5909991093815
2023	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37,5 mg	56 szt.	5909991093822
2024	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	28 szt.	5909991093914
2025	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	56 szt.	5909991093921
2026	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	5909990795833
2027	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909990795826
2028	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	5909990795796
2029	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909990795789
2030	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	5909990795819
2031	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	5909990795802
2032	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990047901
2033	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909991091996
2034	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909991092030
2035	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 kaps.	5909991135096

lp	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5
2036	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 tabl.	5909991197728
2037	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 tabl.	5909991197735
2038	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	5909991265694
2039	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	5909991265717
2040	Warfarinum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt. (1 słoik po 100 szt.)	5909990622368
2041	Warfarinum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt. (1 słoik po 100 szt.)	5909990622382