Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 2018-08-21

# Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2018-09-01

## 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 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 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 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 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 | 116,45 | 110,18 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 9,47 |
| 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 | 233,85 | 220,37 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 16,68 |
| 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 | 338,48 | 110,18 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 231,50 |
| 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 | 667,71 | 220,37 | Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku | stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek | ryczałt | 450,54 |

| 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** |
| 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 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 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 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 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 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 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 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 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 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 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 |
| 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 | 2016-11-01 | 2 lata | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 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 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 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 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 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 |
| 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 | 8,51 | 8,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna | 30% | 2,55 |
| 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 | 6,88 | 4,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | <1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna | 30% | 3,40 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 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 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 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 |
| 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,76 |
| 142 | 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 |
| 143 | Amlodipinum | Agen 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 5909991230845 | 2015-11-01 - 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 | 9,94 | 13,66 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,77 |
| 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 6,24 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 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 |
| 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 | 25,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 8,67 |
| 148 | Amlodipinum | Agen 5, tabl., 5 mg | 30 szt. | 5909991231811 | 2015-11-01 - 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 | 4,97 | 7,03 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,59 |
| 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,37 |
| 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 | 6,31 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,89 |
| 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,99 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,96 |
| 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 5,67 |
| 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 | 25,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 8,33 |

| 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 |
| 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,04 |
| 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,82 |
| 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 | 2015-11-01 - 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 | 7,55 | 11,15 | 11,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,35 |
| 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 170 | 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 |
| 171 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 5,22 |
| 172 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,81 |
| 173 | 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 |
| 174 | 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 |
| 175 | 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 |
| 176 | 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 | 12,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,72 |
| 177 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 7,60 |

| 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 |
| 178 | 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 |
| 179 | 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 | 5,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,89 |
| 180 | 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 | 6,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,87 |
| 181 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,47 |
| 182 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,04 |
| 183 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 4,54 |
| 184 | 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 | 6,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,85 |
| 185 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 9,98 |

| 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 |
| 186 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 8,54 |
| 187 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,84 |
| 188 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 5,79 |
| 189 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,09 |
| 190 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 5,10 |
| 191 | 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 | 3,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,99 |
| 192 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,76 |
| 193 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 5,10 |

| 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** |
| 194 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 2,47 |
| 195 | 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 |
| 196 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,91 |
| 197 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 6,57 |
| 198 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,49 |
| 199 | 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 | 19,05 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 9,27 |
| 200 | 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 |
| 201 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 202 | 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 |
| 203 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 5,55 |
| 204 | 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 | 5,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 1,75 |
| 205 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | 30% | 3,04 |
| 206 | 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 |
| 207 | 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 |
| 208 | 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 |
| 209 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 210 | 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 |
| 211 | 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 |
| 212 | 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 |
| 213 | 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 |
| 214 | 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 |
| 215 | 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 |
| 216 | 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 |
| 217 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 218 | 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 |
| 219 | 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 |
| 220 | 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 |
| 221 | 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 |
| 222 | 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 |
| 223 | 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 |
| 224 | 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 |
| 225 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 227 | 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 |
| 228 | 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 |
| 229 | 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 |
| 230 | 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 |
| 231 | 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 |
| 232 | 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 |
| 233 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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, 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 |
| 235 | 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 |
| 236 | 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 |
| 237 | 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 |
| 238 | 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 |
| 239 | 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 |
| 240 | 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 |
| 241 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 242 | 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 |
| 243 | 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 |
| 244 | 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 |
| 245 | 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 |
| 246 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg | 14 szt. | 5909997219684 | 2015-11-01 - 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 | 13,24 | 17,93 | 15,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 9,95 |
| 247 | 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 |
| 248 | 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 |
| 249 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 250 | 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 |
| 251 | 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 |
| 252 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 5909997230542 | 2015-11-01 - 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 | 22,67 | 29,62 | 27,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 15,66 |
| 253 | 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 |
| 254 | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg | 14 szt. | 5909997217345 | 2015-11-01 - 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 | 23,76 | 30,77 | 27,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka | 50% | 16,81 |
| 255 | 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 |
| 256 | 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 |
| 257 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 258 | 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 |
| 259 | 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 |
| 260 | 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 |
| 261 | 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 |
| 262 | 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 |
| 263 | 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 |
| 264 | 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 |
| 265 | 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 |
| 266 | 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 |
| 267 | 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 |
| 268 | 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 |
| 269 | 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 |
| 270 | 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 |
| 271 | 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 |
| 272 | 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 |
| 273 | 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 |
| 274 | 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 |
| 275 | 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 |
| 276 | 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 |
| 277 | 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 |
| 278 | 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 |
| 279 | 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 |
| 280 | 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 |
| 281 | 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 |
| 282 | 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 |
| 283 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 284 | 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 |
| 285 | 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 |
| 286 | 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 |
| 287 | 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 |
| 288 | 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 |
| 289 | 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 |
| 290 | 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 |
| 291 | 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 |
| 292 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 5906414001020 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 72,73 | 88,24 | 85,58 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,86 |
| 293 | 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 |
| 294 | 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 |
| 295 | Aripiprazolum | Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. | 5906414001037 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 109,62 | 129,13 | 128,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,96 |
| 296 | 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 |
| 297 | 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 |
| 298 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 299 | Aripiprazolum | Aribit, tabl., 15 mg | 28 szt. | 5907529463314 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 111,50 | 131,11 | 128,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,94 |
| 300 | 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 |
| 301 | 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 |
| 302 | 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 |
| 303 | 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 |
| 304 | 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 |
| 305 | 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 |
| 306 | 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 |
| 307 | 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 |
| 308 | 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 |
| 309 | 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 |
| 310 | 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 |
| 311 | 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 |
| 312 | 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 |
| 313 | 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 |
| 314 | 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 |
| 315 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 316 | 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 |
| 317 | 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 |
| 318 | 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 |
| 319 | 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 |
| 320 | 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 |
| 321 | 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 |
| 322 | 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 |
| 323 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg | 28 szt. | 5907626705690 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 69,50 | 84,85 | 84,85 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 324 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg | 56 szt. | 5907626705713 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 146,66 | 169,86 | 169,86 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,98 |
| 325 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg | 28 szt. | 5907626705836 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 108,00 | 127,43 | 127,43 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 326 | 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 |
| 327 | Aripiprazolum | Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg | 56 szt. | 5907626705850 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 225,66 | 254,97 | 254,97 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 328 | 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 |
| 329 | Aripiprazolum | Aripiprazole SymPhar, tabl., 15 mg | 28 szt. | 5909991229634 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 106,92 | 126,30 | 126,30 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 330 | 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 |
| 331 | Aripiprazolum | Aripriprazole +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 |
| 332 | Aripiprazolum | Aripriprazole 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 333 | 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 |
| 334 | 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 |
| 335 | 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 |
| 336 | Aripiprazolum | Arypiprazol Glenmark, tabl., 15 mg | 28 szt. | 5902020241447 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 109,08 | 128,56 | 128,37 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,39 |
| 337 | 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 |
| 338 | 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 |
| 339 | 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 |
| 340 | 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 |
| 341 | 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 |
| 342 | 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 |
| 343 | Aripiprazolum | Asduter, tabl., 15 mg | 28 szt. | 5909991229733 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol | 108,00 | 127,43 | 127,43 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 3,20 |
| 344 | 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 |
| 345 | 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 |
| 346 | 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 |
| 347 | 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 |
| 348 | 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 |
| 349 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 351 | 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 |
| 352 | 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 |
| 353 | 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 |
| 354 | 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 |
| 355 | 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 |
| 356 | 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 |
| 357 | 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 |
| 358 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 359 | 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 |
| 360 | 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 |
| 361 | 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 |
| 362 | 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 |
| 363 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 364 | 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 |
| 365 | 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 |
| 366 | 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 |
| 367 | 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 |
| 368 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 369 | 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 |
| 370 | 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 |
| 371 | 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 |
| 372 | 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 |
| 373 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 374 | 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 |
| 375 | 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 |
| 376 | 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 |
| 377 | 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 |
| 378 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 379 | 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 |
| 380 | 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 |
| 381 | 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 |
| 382 | 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 |
| 383 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 384 | 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 |
| 385 | 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 |
| 386 | 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 |
| 387 | 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 |
| 388 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 390 | 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 |
| 391 | 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 |
| 392 | 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 |
| 393 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 394 | 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 |
| 395 | 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 |
| 396 | 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 |
| 397 | 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 |
| 398 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 399 | 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 |
| 400 | 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 |
| 401 | 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 |
| 402 | 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 |
| 403 | Atorvastatinum | Atrox, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 5909991011383 | 2015-11-01 - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 404 | 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 |
| 405 | 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 |
| 406 | 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 |
| 407 | 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 |
| 408 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 409 | 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 |
| 410 | 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 |
| 411 | 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 |
| 412 | 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 |
| 413 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 414 | 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 |
| 415 | 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 |
| 416 | 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 |
| 417 | 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 |
| 418 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 419 | 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 |
| 420 | 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 |
| 421 | 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 |
| 422 | 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 |
| 423 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 424 | 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 |
| 425 | 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 |
| 426 | 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 |
| 427 | 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 |
| 428 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 429 | 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 |
| 430 | 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 |
| 431 | 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 |
| 432 | 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 |
| 433 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 434 | 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 |
| 435 | 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 |
| 436 | 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 |
| 437 | 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 |
| 438 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 439 | 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 |
| 440 | 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 |
| 441 | 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 |
| 442 | 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 |
| 443 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 444 | 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 |
| 445 | 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 |
| 446 | 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 |
| 447 | 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 |
| 448 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 449 | 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 |
| 450 | 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 |
| 451 | 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 |
| 452 | 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 |
| 453 | 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 |
| 454 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 455 | 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 |
| 456 | 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 |
| 457 | 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 |
| 458 | 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 |
| 459 | 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 |
| 460 | 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 |
| 461 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 462 | 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 |
| 463 | 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 |
| 464 | 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 |
| 465 | 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 |
| 466 | 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 |
| 467 | 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 |
| 468 | 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 |
| 469 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 470 | 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 |
| 471 | 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 |
| 472 | 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 |
| 473 | 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 |
| 474 | 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 |
| 475 | 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 |
| 476 | 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 |
| 477 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 478 | 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 |
| 479 | 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 |
| 480 | 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 |
| 481 | 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 |
| 482 | 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 |
| 483 | 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 |
| 484 | 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 |
| 485 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 486 | 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 |
| 487 | 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 |
| 488 | 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 |
| 489 | 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 |
| 490 | 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 |
| 491 | 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 |
| 492 | 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 |
| 493 | 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 |
| 494 | 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** |
| 495 | 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 |
| 496 | 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 |
| 497 | 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 |
| 498 | 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 |
| 499 | 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 |
| 500 | 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 |
| 501 | 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 |
| 502 | 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 |
| 503 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 505 | 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 |
| 506 | 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 |
| 507 | 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 |
| 508 | 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 |
| 509 | 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 |
| 510 | 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 |
| 511 | 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 |
| 512 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 513 | 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 |
| 514 | 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 |
| 515 | 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 |
| 516 | 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 |
| 517 | 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 |
| 518 | 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 |
| 519 | 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 |
| 520 | 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 |
| 521 | 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 |
| 522 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 523 | 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 |
| 524 | 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 |
| 525 | 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 |
| 526 | 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 |
| 527 | 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 |
| 528 | 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 |
| 529 | 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 |
| 530 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 531 | 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 |
| 532 | 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 |
| 533 | 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 |
| 534 | 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 |
| 535 | 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 |
| 536 | 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 | 63,09 | 63,09 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 537 | 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 | 29,69 | 27,04 | Jaskra | | ryczałt | 5,85 |

| 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** |
| 538 | 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 | 29,69 | 27,04 | Jaskra | | ryczałt | 5,85 |
| 539 | 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 | 63,99 | 63,99 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 540 | 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 | 29,69 | 27,04 | Jaskra | | ryczałt | 5,85 |
| 541 | 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 | 23,31 | 23,31 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 542 | 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 | 29,69 | 27,04 | Jaskra | | ryczałt | 5,85 |

| 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 |
| 543 | 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 | 23,32 | 23,32 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 544 | 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 | 40,06 | 27,04 | Jaskra | | ryczałt | 16,22 |
| 545 | 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 | 38,67 | 27,04 | Jaskra | | ryczałt | 14,83 |
| 546 | 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 | 28,39 | 27,04 | Jaskra | | ryczałt | 4,55 |
| 547 | 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 | 29,69 | 27,04 | Jaskra | | ryczałt | 5,85 |
| 548 | 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 |
| 549 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 550 | 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 |
| 551 | 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 |
| 552 | 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 |
| 553 | 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 |
| 554 | 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 |
| 555 | 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 |
| 556 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 5909991283629 | <1>01.11.2016/<2>01.07.2018 | 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 |
| 557 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 5909991283629 | <1>01.11.2016/<2>01.07.2018 | 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 |
| 558 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 5909991283650 | <1>01.11.2016/<2>01.07.2018 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 5909991283650 | <1>01.11.2016/<2>01.07.2018 | 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 |
| 560 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 5909991283698 | <1>01.11.2016/<2>01.07.2018 | 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 |
| 561 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 5909991283698 | <1>01.11.2016/<2>01.07.2018 | 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 |
| 562 | 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 |
| 563 | 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 |
| 564 | 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 |
| 565 | 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 |
| 566 | 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 |
| 567 | 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 |
| 568 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 569 | 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 |
| 570 | 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 |
| 571 | 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 |
| 572 | 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 |
| 573 | 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 |
| 574 | 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 |
| 575 | 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 |
| 576 | 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 |
| 577 | 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 |
| 578 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 579 | 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 |
| 580 | 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 |
| 581 | 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 |
| 582 | 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 |
| 583 | 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 |
| 584 | 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 |
| 585 | 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 |
| 586 | 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 |
| 587 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 588 | 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 |
| 589 | 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 |
| 590 | 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 |
| 591 | 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 |
| 592 | Budesonidum | Miflonide/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 |
| 593 | Budesonidum | Miflonide/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 |
| 594 | Budesonidum | Miflonide/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 |
| 595 | Budesonidum | Miflonide/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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 596 | 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 |
| 597 | 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 |
| 598 | 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 |
| 599 | 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 |
| 600 | 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 |
| 601 | 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 |
| 602 | 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 |
| 603 | 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 |
| 604 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 605 | 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 |
| 606 | 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 |
| 607 | 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 |
| 608 | 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 |
| 609 | 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 |
| 610 | 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 |
| 611 | 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 |
| 612 | 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 |
| 613 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 614 | 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 |
| 615 | 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 |
| 616 | 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 |
| 617 | 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 |
| 618 | 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 |
| 619 | 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 |
| 620 | 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 |
| 621 | 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 |
| 622 | 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 |
| 623 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 + 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 |
| 625 | 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 |
| 626 | 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 |
| 627 | Budesonidum + Formoterolum | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 5909990873029 | 2016-01-01 | 3 lata | 199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach | 64,36 | 76,86 | 55,24 | Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli | | ryczałt | 24,82 |
| 628 | 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 |
| 629 | 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 |
| 630 | 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 |
| 631 | 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 |
| 632 | 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 |
| 633 | 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 |
| 634 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 635 | 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 |
| 636 | 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 |
| 637 | 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 |
| 638 | 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 |
| 639 | 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 |
| 640 | 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 |
| 641 | 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 |
| 642 | 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 |
| 643 | 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 |
| 644 | 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 |
| 645 | 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 |
| 646 | 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 |
| 647 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 648 | 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 |
| 649 | 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 |
| 650 | 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 |
| 651 | 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 |
| 652 | 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 |
| 653 | 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 |
| 654 | 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 |
| 655 | 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 |
| 656 | 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 |
| 657 | 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 |
| 658 | 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 |
| 659 | 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 |
| 660 | 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 |
| 661 | Calcifediolum | Devisol-25, krople doustne, roztwór, 150 µg/ml | 10 ml | 5909990227211 | 2016-01-01 | 3 lata | 18.2, Witamina D i jej metabolity - kolekalcyferol i kalcyfediol | 8,10 | 10,54 | 7,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,61 |
| 662 | 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 |
| 663 | 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 |
| 664 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet , żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 30 g | 5909990948376 | 2016-11-01 | 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 |
| 665 | Calcipotriolum + Betamethasonum | Daivobet , żel, (50 µg+0,5 mg)/g | 1 but.po 60 g | 5909990948383 | 2016-11-01 | 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 |
| 666 | 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 |
| 667 | 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 |
| 668 | 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 |
| 669 | 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 |
| 670 | 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 |
| 671 | 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 |
| 672 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 673 | 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 |
| 674 | 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 |
| 675 | 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 |
| 676 | 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 |
| 677 | 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 |
| 678 | 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 |
| 679 | 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 |
| 680 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 681 | 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 |
| 682 | 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 |
| 683 | 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 |
| 684 | 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 |
| 685 | 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 |
| 686 | 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 |
| 687 | 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 |
| 688 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 689 | 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 |
| 690 | 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 |
| 691 | 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 |
| 692 | 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 |
| 693 | 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 |
| 694 | 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 |
| 695 | 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 |
| 696 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 697 | 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 |
| 698 | 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 |
| 699 | 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 |
| 700 | 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 |
| 701 | 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 |
| 702 | 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 |
| 703 | 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 |
| 704 | 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 |
| 705 | 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 |
| 706 | 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 |
| 707 | 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 |
| 708 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 709 | 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 |
| 710 | 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 |
| 711 | 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 |
| 712 | 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 |
| 713 | 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 |
| 714 | 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 |
| 715 | 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 |
| 716 | 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 |
| 717 | 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 |
| 718 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 719 | 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 |
| 720 | 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 |
| 721 | 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 |
| 722 | 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 |
| 723 | 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 |
| 724 | 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 |
| 725 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 726 | 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 |
| 727 | 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 |
| 728 | 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 |
| 729 | 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 |
| 730 | 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 |
| 731 | 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 |
| 732 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 734 | 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 |
| 735 | 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 |
| 736 | 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 |
| 737 | 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 |
| 738 | 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 |
| 739 | 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 |
| 740 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 741 | 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 |
| 742 | 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 |
| 743 | 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 |
| 744 | 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 |
| 745 | 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 |
| 746 | 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 |
| 747 | 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 |
| 748 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 749 | 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 |
| 750 | 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 |
| 751 | 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 |
| 752 | 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 |
| 753 | 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 |
| 754 | 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 |
| 755 | 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 |
| 756 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 757 | 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 |
| 758 | 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 |
| 759 | 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 |
| 760 | 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 |
| 761 | 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 |
| 762 | 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 |
| 763 | 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 |
| 764 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 765 | 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 |
| 766 | 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 |
| 767 | 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 |
| 768 | 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 |
| 769 | 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 |
| 770 | 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 |
| 771 | 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 |
| 772 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 773 | 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 |
| 774 | 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 |
| 775 | 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 |
| 776 | 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 |
| 777 | 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 |
| 778 | 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 |
| 779 | 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 |
| 780 | 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 |
| 781 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 782 | 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 |
| 783 | 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 |
| 784 | 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 |
| 785 | 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 | 28,58 | 12,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,14 |
| 786 | 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 | 31,33 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,74 |
| 787 | 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 | 43,12 | 24,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 31,09 |
| 788 | 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 | 51,28 | 25,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 38,39 |
| 789 | 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 |
| 790 | 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 |
| 791 | 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 |
| 792 | 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 | 25,18 | 20,63 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 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 |
| 793 | 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 | 15,24 | 10,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,08 |
| 794 | 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 |
| 795 | 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 | 29,09 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,50 |
| 796 | 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 |
| 797 | 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 |
| 798 | 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 | 18,41 | 10,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,25 |
| 799 | 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 | 30,31 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 21,72 |
| 800 | 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 |
| 801 | 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 |
| 802 | 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 | 9,07 | 5,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 6,49 |
| 803 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 804 | 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 | 18,36 | 10,32 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,20 |
| 805 | 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 |
| 806 | 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 |
| 807 | 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 |
| 808 | 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 |
| 809 | 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 | 15,38 | 8,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,08 |
| 810 | 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 | 21,34 | 12,04 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,32 |
| 811 | 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 | 29,86 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 21,27 |
| 812 | 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 | 38,13 | 24,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 26,10 |
| 813 | 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 | 41,28 | 34,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,09 |
| 814 | 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 | 52,11 | 48,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 28,04 |
| 815 | 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 | 18,86 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,27 |

| 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 |
| 816 | 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 | 25,77 | 24,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,74 |
| 817 | 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 | 34,21 | 34,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,11 |
| 818 | 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 | 48,89 | 48,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,82 |
| 819 | 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 | 17,55 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,96 |
| 820 | 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 | 31,13 | 31,13 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,57 |
| 821 | 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 | 32,27 | 32,27 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,14 |
| 822 | 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 |
| 823 | 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 |
| 824 | 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 | 18,89 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,30 |
| 825 | 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 | 17,43 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 8,84 |
| 826 | 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 | 25,03 | 24,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,00 |

| 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 |
| 827 | 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 | 35,85 | 34,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,66 |
| 828 | 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 | 33,06 | 33,06 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,53 |
| 829 | 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 |
| 830 | 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 |
| 831 | 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 | 35,78 | 34,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,59 |
| 832 | 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 | 32,21 | 32,21 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,11 |
| 833 | 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 | 48,82 | 48,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,75 |
| 834 | 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 | 68,00 | 68,00 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 34,00 |
| 835 | 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 | 63,03 | 63,03 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 31,52 |
| 836 | Cefuroximum | Furocef, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 5909991231125 | 2015-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 13,82 | 18,86 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,27 |
| 837 | Cefuroximum | Furocef, tabl. powl., 250 mg | 14 szt. | 5909991231149 | 2015-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 19,33 | 25,77 | 24,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,74 |

| 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 |
| 838 | Cefuroximum | Furocef, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 5909991231194 | 2015-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 27,54 | 35,67 | 34,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,48 |
| 839 | Cefuroximum | Furocef, tabl. powl., 500 mg | 14 szt. | 5909991231217 | 2015-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 38,56 | 48,94 | 48,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,87 |
| 840 | 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 | 20,78 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 12,19 |
| 841 | 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 | 26,03 | 24,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 14,00 |
| 842 | 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 | 34,77 | 34,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,58 |
| 843 | 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 | 35,10 | 34,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,91 |
| 844 | 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 | 37,94 | 34,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,75 |
| 845 | 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 | 48,14 | 48,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 24,07 |
| 846 | 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 | 21,92 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 13,33 |
| 847 | 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 | 27,35 | 24,07 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,32 |
| 848 | 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 | 37,37 | 34,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 20,18 |

| 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** |
| 849 | 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 | 52,11 | 48,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 28,04 |
| 850 | 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 |
| 851 | 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 |
| 852 | 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 | 15,38 | 8,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,08 |
| 853 | 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 |
| 854 | 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 |
| 855 | 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 | 18,52 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 9,93 |
| 856 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 250 mg | 10 szt. | 5909997201559 | 2015-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 14,47 | 19,52 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,93 |
| 857 | 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 | 19,65 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,06 |
| 858 | 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 | 19,65 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 11,06 |
| 859 | 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 | 23,62 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 15,03 |

| 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 |
| 860 | 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 |
| 861 | 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 | 32,59 | 32,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,30 |
| 862 | 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 | 33,51 | 33,51 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,76 |
| 863 | Cefuroximum | Zinnat, tabl. powl., 500 mg | 10 szt. | 5909997200118 | 2015-11-01 | 3 lata | 90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 25,92 | 33,97 | 33,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,99 |
| 864 | 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 | 33,97 | 33,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,99 |
| 865 | 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 | 34,25 | 34,25 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,13 |
| 866 | 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 | 34,53 | 34,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 17,34 |
| 867 | 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 | 39,64 | 34,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 22,45 |
| 868 | 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 | 33,97 | 33,97 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 16,99 |
| 869 | 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 | 52,68 | 48,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 28,61 |
| 870 | 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 | 18,97 | 17,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 10,38 |

| 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** |
| 871 | 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 | 35,43 | 34,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 50% | 18,24 |
| 872 | 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 |
| 873 | 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 |
| 874 | 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 |
| 875 | 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 |
| 876 | 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 |
| 877 | 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 |
| 878 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 879 | 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 |
| 880 | 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 |
| 881 | 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 |
| 882 | 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 |
| 883 | 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 |
| 884 | 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 |
| 885 | 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 |
| 886 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 887 | 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 |
| 888 | 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 |
| 889 | 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 |
| 890 | 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 |
| 891 | 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 |
| 892 | 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 |
| 893 | 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 |
| 894 | 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 |
| 895 | 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 |
| 896 | 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 |
| 897 | 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** |
| 898 | 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 |
| 899 | 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 |
| 900 | 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 |
| 901 | 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 |
| 902 | 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 |
| 903 | 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 |
| 904 | 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 |
| 905 | 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** |
| 906 | 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 |
| 907 | 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 |
| 908 | 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 |
| 909 | 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 |
| 910 | 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 |
| 911 | 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 |
| 912 | 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 |
| 913 | 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 |
| 914 | 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 |
| 915 | 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 |
| 916 | 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 |
| 917 | 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 |
| 918 | 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 |
| 919 | 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 |
| 920 | 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 |
| 921 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 923 | 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 |
| 924 | 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 |
| 925 | 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 |
| 926 | 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 |
| 927 | 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 |
| 928 | 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 |
| 929 | 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 |
| 930 | 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 |
| 931 | 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 |
| 932 | 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 |
| 933 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 934 | 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 |
| 935 | 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 |
| 936 | 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 |
| 937 | 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 |
| 938 | 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 |
| 939 | 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 |
| 940 | 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 |
| 941 | 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 |
| 942 | 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 |
| 943 | 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 |
| 944 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 945 | 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 |
| 946 | 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 |
| 947 | 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 |
| 948 | 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 |
| 949 | 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 |
| 950 | 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 |
| 951 | 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 |
| 952 | 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 |
| 953 | 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 |
| 954 | 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 |
| 955 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 956 | 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 |
| 957 | 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 |
| 958 | 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 |
| 959 | 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 |
| 960 | 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 |
| 961 | 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 |
| 962 | 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 |
| 963 | 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 |
| 964 | 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 |
| 965 | 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 |
| 966 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 967 | 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 |
| 968 | 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 |
| 969 | 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 |
| 970 | 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 |
| 971 | 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 |
| 972 | 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 |
| 973 | 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 |
| 974 | 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 |
| 975 | 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 |
| 976 | 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 |
| 977 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 978 | 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 |
| 979 | 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 |
| 980 | 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 |
| 981 | 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 |
| 982 | 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 |
| 983 | 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 |
| 984 | 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 |
| 985 | 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 |
| 986 | 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 |
| 987 | 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 |
| 988 | 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 |
| 989 | 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 |
| 990 | 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 |
| 991 | 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 |
| 992 | 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 |
| 993 | 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 | 7,71 | 7,71 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,31 |

| 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** |
| 994 | 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 |
| 995 | 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 |
| 996 | 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 |
| 997 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 998 | 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 |
| 999 | 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 |
| 1000 | 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 |
| 1001 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1002 | 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 |
| 1003 | 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 |
| 1004 | 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 |
| 1005 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1006 | 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 |
| 1007 | 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 |
| 1008 | 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 |
| 1009 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1010 | 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 |
| 1011 | 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 |
| 1012 | 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 |
| 1013 | 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 |
| 1014 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 1016 | 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 |
| 1017 | 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 |
| 1018 | 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 |
| 1019 | 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 |
| 1020 | 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 |
| 1021 | 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 |
| 1022 | 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 |
| 1023 | 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 |
| 1024 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1025 | 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 |
| 1026 | 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 |
| 1027 | 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 |
| 1028 | 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 |
| 1029 | 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 |
| 1030 | 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 |
| 1031 | 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 |
| 1032 | 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 |
| 1033 | 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 |
| 1034 | 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 |
| 1035 | 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 |
| 1036 | 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 |
| 1037 | 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 |
| 1038 | 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 |
| 1039 | 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 |
| 1040 | 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** |
| 1041 | 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 |
| 1042 | 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 |
| 1043 | 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** |
| 1044 | 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** |
| 1045 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1046 | 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** |
| 1047 | 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** |
| 1048 | 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** |
| 1049 | 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 |
| 1050 | 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 |
| 1051 | 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 |
| 1052 | 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 |
| 1053 | 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 |
| 1054 | 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 |
| 1055 | 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 |
| 1056 | 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 |
| 1057 | 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 |
| 1058 | 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 |
| 1059 | 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 |
| 1060 | 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 |
| 1061 | 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 |
| 1062 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 1064 | 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 |
| 1065 | 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 |
| 1066 | Desloratadinum | Goldesin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 5909990990375 | 2016-11-01 | 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 |
| 1067 | 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 |
| 1068 | 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 |
| 1069 | 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 |
| 1070 | 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 |
| 1071 | 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 |
| 1072 | 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 |
| 1073 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1074 | 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 |
| 1075 | 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 |
| 1076 | 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 |
| 1077 | 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 |
| 1078 | 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 |
| 1079 | 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 |
| 1080 | 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 |
| 1081 | 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 |
| 1082 | 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 | nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1083 | 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 |
| 1084 | 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 |
| 1085 | 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 |
| 1086 | 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 |
| 1087 | 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 |
| 1088 | 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 |
| 1089 | 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 |
| 1090 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1091 | 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 |
| 1092 | 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 |
| 1093 | 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 |
| 1094 | 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 |
| 1095 | 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 |
| 1096 | 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 |
| 1097 | 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 |
| 1098 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1099 | 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 |
| 1100 | 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 |
| 1101 | 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 |
| 1102 | 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 |
| 1103 | 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 |
| 1104 | 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 |
| 1105 | 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 |
| 1106 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1107 | 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 |
| 1108 | 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 |
| 1109 | 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 |
| 1110 | 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 |
| 1111 | 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 |
| 1112 | 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 |
| 1113 | 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 |
| 1114 | 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 |
| 1115 | 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 |
| 1116 | 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 |
| 1117 | 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 |
| 1118 | 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 |
| 1119 | 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 | 11,37 | 11,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,33 |
| 1120 | 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 | 16,45 | 16,45 | 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 |
| 1121 | 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 | 9,73 | 8,43 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,50 |
| 1122 | 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 | 11,24 | 11,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1123 | 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 | 16,39 | 16,39 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1124 | 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 | 22,11 | 22,11 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1125 | 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 | 10,79 | 10,79 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 1126 | 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 |
| 1127 | 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 |
| 1128 | 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 |
| 1129 | 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 |
| 1130 | 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 |
| 1131 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1132 | 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 |
| 1133 | 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 |
| 1134 | 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 |
| 1135 | 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 |
| 1136 | Dinatrii pamidronas | Pamisol 3 mg/ml, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 3 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 5909990224395 | 2015-11-01 | 3 lata | 146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy | 113,64 | 133,79 | 126,47 | Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych | | ryczałt | 10,52 |
| 1137 | Dinatrii pamidronas | Pamisol 6 mg/ml, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 5909990224371 | 2015-11-01 | 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 |
| 1138 | Dinatrii pamidronas | Pamisol 9 mg/ml, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 9 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 5909990224364 | 2015-11-01 | 3 lata | 146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy | 340,91 | 379,41 | 379,41 | Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych | | ryczałt | 3,20 |
| 1139 | 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 |
| 1140 | 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 |
| 1141 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1142 | 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 |
| 1143 | 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 |
| 1144 | 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 |
| 1145 | 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 |
| 1146 | 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 |
| 1147 | 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 |
| 1148 | 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 |
| 1149 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1150 | 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 |
| 1151 | 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 |
| 1152 | 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 |
| 1153 | 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 |
| 1154 | 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 |
| 1155 | 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 |
| 1156 | 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 |
| 1157 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1158 | 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 |
| 1159 | 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 |
| 1160 | 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 |
| 1161 | 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 |
| 1162 | 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 |
| 1163 | 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 |
| 1164 | 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 |
| 1165 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1166 | 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 |
| 1167 | 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 |
| 1168 | Donepezilum | Donestad, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909990800353 | 2015-11-01 - 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 | 29,70 | 38,28 | 37,71 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 11,88 |
| 1169 | Donepezilum | Donestad, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909990800308 | 2015-11-01 - 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 | 14,85 | 20,16 | 18,86 | Choroba Alzheimera | otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona | 30% | 6,96 |
| 1170 | 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 |
| 1171 | 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 |
| 1172 | 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 |
| 1173 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 1175 | 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 |
| 1176 | 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 |
| 1177 | 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 |
| 1178 | 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 |
| 1179 | 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 |
| 1180 | 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 |
| 1181 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1182 | 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 |
| 1183 | 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 |
| 1184 | Dorzolamidum | Dorzolamid STADA, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990880591 | 2015-11-01 | 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 | 16,44 | 21,76 | 18,03 | Jaskra | | ryczałt | 6,93 |
| 1185 | 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 | 20,19 | 18,03 | Jaskra | | ryczałt | 5,36 |
| 1186 | 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 | 19,53 | 18,03 | Jaskra | | ryczałt | 4,70 |
| 1187 | 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 | 20,19 | 18,03 | Jaskra | | ryczałt | 5,36 |

| 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** |
| 1188 | 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 | 19,52 | 18,03 | Jaskra | | ryczałt | 4,69 |
| 1189 | 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 | 54,08 | 54,08 | Jaskra | | ryczałt | 5,33 |
| 1190 | 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 | 22,53 | 18,03 | Jaskra | | ryczałt | 7,70 |
| 1191 | 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 | 54,08 | 54,08 | Jaskra | | ryczałt | 5,33 |
| 1192 | 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 | 24,29 | 18,03 | Jaskra | | ryczałt | 9,46 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1193 | 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 | 24,35 | 18,03 | Jaskra | | ryczałt | 9,52 |
| 1194 | 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 | 56,64 | 54,08 | Jaskra | | ryczałt | 7,89 |
| 1195 | 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 | 22,53 | 18,03 | Jaskra | | ryczałt | 7,70 |
| 1196 | 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 | 19,52 | 18,03 | Jaskra | | ryczałt | 4,69 |
| 1197 | 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 | 54,08 | 54,08 | 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** |
| 1198 | 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 | 33,33 | 27,04 | Jaskra | | ryczałt | 9,49 |
| 1199 | 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 | 25,82 | 25,82 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1200 | Dorzolamidum + Timololum | Dropzol Tim, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990898305 | 2015-11-01 | 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 | 19,06 | 25,89 | 25,89 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1201 | 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 | 25,82 | 25,82 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1202 | 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 | 71,08 | 71,08 | 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** |
| 1203 | 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 | 29,69 | 27,04 | Jaskra | | ryczałt | 5,85 |
| 1204 | 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 | 71,26 | 71,26 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1205 | 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 | 26,05 | 26,05 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1206 | 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 | 30,71 | 27,04 | Jaskra | | ryczałt | 6,87 |
| 1207 | 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 | 71,28 | 71,28 | 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** |
| 1208 | 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 | 26,86 | 26,86 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1209 | 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 | 25,82 | 25,82 | Jaskra | | ryczałt | 3,20 |
| 1210 | 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 | 71,07 | 71,07 | Jaskra | | ryczałt | 8,00 |
| 1211 | 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 |
| 1212 | 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 |
| 1213 | 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 |
| 1214 | 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 |
| 1215 | 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 |
| 1216 | 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 |
| 1217 | 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 |
| 1218 | 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 |
| 1219 | 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 |
| 1220 | 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 |
| 1221 | 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 |
| 1222 | 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 |
| 1223 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1224 | 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 |
| 1225 | 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 |
| 1226 | 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 |
| 1227 | 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 |
| 1228 | 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 |
| 1229 | 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 |
| 1230 | 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 |
| 1231 | Doxazosinum | Doxalong, 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1232 | Doxazosinum | Doxalong, 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 |
| 1233 | Doxazosinum | Doxalong, 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 |
| 1234 | Doxazosinum | Doxalong, 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 |
| 1235 | 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 |
| 1236 | 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 |
| 1237 | 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 |
| 1238 | 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 |
| 1239 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1240 | 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 |
| 1241 | 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 |
| 1242 | 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 |
| 1243 | 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 |
| 1244 | 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 |
| 1245 | 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 |
| 1246 | 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 |
| 1247 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1248 | 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 |
| 1249 | 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 |
| 1250 | 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 |
| 1251 | 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 |
| 1252 | 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 |
| 1253 | 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 |
| 1254 | 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 |
| 1255 | 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 |
| 1256 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1257 | 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 |
| 1258 | 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 |
| 1259 | 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 |
| 1260 | 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 |
| 1261 | 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 |
| 1262 | 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 |
| 1263 | 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 |
| 1264 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1265 | 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 |
| 1266 | 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 |
| 1267 | 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 |
| 1268 | 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 |
| 1269 | 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 |
| 1270 | 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 |
| 1271 | 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 |
| 1272 | 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 |
| 1273 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1274 | 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 |
| 1275 | 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 |
| 1276 | 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 |
| 1277 | 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 |
| 1278 | 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 |
| 1279 | 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 |
| 1280 | 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 |
| 1281 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1282 | 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 |
| 1283 | 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 |
| 1284 | 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 |
| 1285 | 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 |
| 1286 | 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 |
| 1287 | 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 |
| 1288 | 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 |
| 1289 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1290 | 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 |
| 1291 | 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 |
| 1292 | 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 |
| 1293 | 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 |
| 1294 | 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 |
| 1295 | 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 |
| 1296 | 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 |
| 1297 | 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 |
| 1298 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 1300 | 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 |
| 1301 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1302 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1303 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1304 | 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** |
| 1305 | 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** |
| 1306 | 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** |
| 1307 | 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** |
| 1308 | 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** |
| 1309 | 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** |
| 1310 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1311 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1312 | 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 |
| 1313 | 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 |
| 1314 | 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 |
| 1315 | 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 |
| 1316 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 1318 | 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 |
| 1319 | 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 |
| 1320 | 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 |
| 1321 | 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 |
| 1322 | 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 |
| 1323 | 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 |
| 1324 | 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 |
| 1325 | 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 |
| 1326 | 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 |
| 1327 | 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 |
| 1328 | 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 |
| 1329 | 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 |
| 1330 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1331 | 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 |
| 1332 | 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 |
| 1333 | 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 |
| 1334 | 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 |
| 1335 | 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 |
| 1336 | 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 |
| 1337 | 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 |
| 1338 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1339 | 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 |
| 1340 | 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 |
| 1341 | 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 |
| 1342 | 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 |
| 1343 | 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 |
| 1344 | 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 |
| 1345 | 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 |
| 1346 | 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 |
| 1347 | 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 |
| 1348 | 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 |
| 1349 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1350 | 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 |
| 1351 | 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 |
| 1352 | 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 |
| 1353 | 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 |
| 1354 | 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 |
| 1355 | 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 |
| 1356 | 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 |
| 1357 | 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 |
| 1358 | 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 |
| 1359 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1360 | 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 |
| 1361 | 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 |
| 1362 | 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 |
| 1363 | 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 |
| 1364 | 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 |
| 1365 | 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 |
| 1366 | 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 |
| 1367 | 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 |
| 1368 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1369 | 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 |
| 1370 | 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 | 28,00 | 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% | 10,63 |
| 1371 | Ezetimibum | Ezen, tabletki, 10 mg | 28 szt. | 5909991096229 | 2018-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 34,56 | 42,14 | 28,00 | 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% | 22,54 |
| 1372 | 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 | 28,00 | 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% | 25,94 |
| 1373 | 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 | 28,00 | 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% | 115,05 |

| 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** |
| 1374 | 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 |
| 1375 | 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 |
| 1376 | Ezetimibum | Mizetib, tabletki, 10 mg | 28 tabl. | 5903060613973 | 2018-07-01 | 3 lata | 48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego | 41,04 | 48,94 | 28,00 | 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% | 29,34 |
| 1377 | 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 | 30,00 | 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% | 15,71 |
| 1378 | 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 | 30,00 | 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% | 123,09 |

| 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 |
| 1379 | 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 | 30,00 | 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% | 123,09 |
| 1380 | 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 |
| 1381 | 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 |
| 1382 | 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 |
| 1383 | 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 |
| 1384 | 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 |
| 1385 | 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 |
| 1386 | 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 |
| 1387 | 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 |
| 1388 | Febuxostat | Adenuric, tabl. powl., 120 mg | 28 tabl. | 5909990761562 | 2016-11-01 | 2 lata | 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 |
| 1389 | Febuxostat | Adenuric, tabl. powl., 120 mg | 28 tabl. | 5909990761562 | 2016-11-01 | 2 lata | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1390 | Febuxostat | Adenuric, tabl. powl., 80 mg | 28 tabl. | 5909990761548 | 2016-11-01 | 2 lata | 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 |
| 1391 | 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 | 11,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,36 |
| 1392 | 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 | 5,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,40 |
| 1393 | 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 |
| 1394 | 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 |
| 1395 | 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 |
| 1396 | 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 |
| 1397 | 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 |
| 1398 | 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 |
| 1399 | 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 |
| 1400 | 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 |
| 1401 | 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 |
| 1402 | 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 |
| 1403 | 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 |
| 1404 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1405 | 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 |
| 1406 | 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 |
| 1407 | 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 |
| 1408 | 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 |
| 1409 | 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 |
| 1410 | 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 |
| 1411 | 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 |
| 1412 | 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, 2016-11-01 - dla kolumny 13 | 2 lata - dla kolumny 12, 2 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 |
| 1413 | 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 |
| 1414 | 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 |
| 1415 | 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 |
| 1416 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1417 | 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 |
| 1418 | 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 |
| 1419 | 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 |
| 1420 | 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 |
| 1421 | 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 |
| 1422 | 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 |
| 1423 | 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 |
| 1424 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1425 | Fentanylum | Fentanyl Actavis 100 µg/h system transdermalny; Fentanyl Actavis, system transdermalny, 100 µg/h | 10 szt. | 5909991204853 | 2015-11-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 217,89 | 247,46 | 247,46 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,40 |
| 1426 | 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 |
| 1427 | Fentanylum | Fentanyl Actavis 25 µg/h system transdermalny; Fentanyl Actavis, system transdermalny, 25 µg/h | 10 szt. | 5909991204822 | 2015-11-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 56,15 | 69,64 | 69,15 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,69 |
| 1428 | 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 |
| 1429 | Fentanylum | Fentanyl Actavis 50 µg/h system transdermalny; Fentanyl Actavis, system transdermalny, 50 µg/h | 10 szt. | 5909991204839 | 2015-11-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 109,80 | 129,97 | 129,97 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 1430 | 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 |
| 1431 | Fentanylum | Fentanyl Actavis 75 µg/h system transdermalny; Fentanyl Actavis, system transdermalny, 75 µg/h | 10 szt. | 5909991204846 | 2015-11-01 | 3 lata | 152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego | 163,27 | 188,57 | 188,57 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 4,80 |
| 1432 | 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 |
| 1433 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1434 | 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 |
| 1435 | 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 |
| 1436 | 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 |
| 1437 | 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 |
| 1438 | 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 |
| 1439 | 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 |
| 1440 | 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 |
| 1441 | 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** |
| 1442 | 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 |
| 1443 | 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 |
| 1444 | 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 |
| 1445 | 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 |
| 1446 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 1448 | 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 |
| 1449 | 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 | 69,35 | 50,47 | 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 | 22,08 |
| 1450 | 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 | 226,25 | 256,00 | 252,37 | 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 | 6,83 |
| 1451 | 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 | 316,68 | 353,32 | 353,32 | 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 |
| 1452 | 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 | 113,03 | 80,76 | 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 | 35,47 |
| 1453 | 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 | 362,07 | 402,17 | 402,17 | 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 |
| 1454 | 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 | 506,58 | 557,71 | 557,71 | 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 |
| 1455 | 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 | 63,68 | 50,47 | 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 | 16,41 |
| 1456 | 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 | 275,86 | 252,37 | 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 | 26,69 |
| 1457 | 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 | 96,70 | 80,76 | 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 | 19,14 |
| 1458 | 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 | 444,98 | 403,79 | 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 | 44,39 |
| 1459 | 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 | 134,81 | 100,95 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 37,06 |
| 1460 | 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 | 287,77 | 252,37 | 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 | 38,60 |
| 1461 | 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 | 452,92 | 403,79 | 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 | 52,33 |

| 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 |
| 1462 | 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 | 82,96 | 50,47 | 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 | 35,69 |
| 1463 | 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 | 231,12 | 261,12 | 252,37 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL | ryczałt | 11,95 |
| 1464 | 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 | 120,27 | 80,76 | 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 | 42,71 |
| 1465 | 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 | 376,92 | 417,77 | 403,79 | 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 | 17,18 |
| 1466 | 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 | 249,37 | 280,28 | 252,37 | 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 | 31,11 |
| 1467 | 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 | 94,63 | 50,47 | 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 | 47,36 |
| 1468 | 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 | 399,17 | 441,13 | 403,79 | 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 | 40,54 |
| 1469 | 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 | 133,39 | 80,76 | 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 | 55,83 |

| 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 |
| 1470 | 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 |
| 1471 | 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 |
| 1472 | 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 |
| 1473 | 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 |
| 1474 | 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 |
| 1475 | 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 |
| 1476 | 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 |
| 1477 | 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 |
| 1478 | 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 |
| 1479 | 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 |
| 1480 | 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 |
| 1481 | Finasteridum | Finamef, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 5909991222673 | 2015-11-01 | 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 |
| 1482 | 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 |
| 1483 | 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 |
| 1484 | 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 |
| 1485 | 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 |
| 1486 | 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 |
| 1487 | 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 |
| 1488 | 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 |
| 1489 | 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 |
| 1490 | 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 |
| 1491 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1492 | 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 |
| 1493 | 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 |
| 1494 | 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 |
| 1495 | 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 |
| 1496 | 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 |
| 1497 | 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 |
| 1498 | 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 |
| 1499 | 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 |
| 1500 | 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 |
| 1501 | 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 |
| 1502 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1503 | 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 |
| 1504 | 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 |
| 1505 | 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 |
| 1506 | 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 |
| 1507 | 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 |
| 1508 | 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 |
| 1509 | 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 |
| 1510 | 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 |
| 1511 | 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 |
| 1512 | 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 |
| 1513 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1514 | 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 |
| 1515 | 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 |
| 1516 | 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 |
| 1517 | 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 |
| 1518 | 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 |
| 1519 | 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 |
| 1520 | 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 |
| 1521 | 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 |
| 1522 | 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 |
| 1523 | 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 |
| 1524 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1525 | 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 |
| 1526 | 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 |
| 1527 | 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 |
| 1528 | 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 |
| 1529 | 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 |
| 1530 | 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 |
| 1531 | 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 |
| 1532 | 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 |
| 1533 | 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 |
| 1534 | 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 |
| 1535 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1536 | 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 |
| 1537 | 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 |
| 1538 | 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 |
| 1539 | 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 |
| 1540 | 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 |
| 1541 | 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 |
| 1542 | 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 |
| 1543 | 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 |
| 1544 | 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 |
| 1545 | 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 |
| 1546 | 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 | 14,02 | 18,11 | 13,03 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 8,99 |

| 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** |
| 1547 | 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 |
| 1548 | 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 |
| 1549 | 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 |
| 1550 | 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 |
| 1551 | 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 |
| 1552 | 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 |
| 1553 | 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 |
| 1554 | 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 |
| 1555 | 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 |
| 1556 | 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 |
| 1557 | 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 |
| 1558 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1559 | 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 |
| 1560 | 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 |
| 1561 | 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 |
| 1562 | 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 |
| 1563 | 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 |
| 1564 | 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 |
| 1565 | 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 |
| 1566 | 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 |
| 1567 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 1569 | 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 |
| 1570 | 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 |
| 1571 | 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 |
| 1572 | 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 |
| 1573 | 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 |
| 1574 | 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 |
| 1575 | 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 |
| 1576 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1577 | 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 |
| 1578 | 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 |
| 1579 | 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 |
| 1580 | 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 |
| 1581 | 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 |
| 1582 | 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 |
| 1583 | 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 |
| 1584 | 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 |
| 1585 | 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 |
| 1586 | 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 |
| 1587 | 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 |
| 1588 | 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 |
| 1589 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1590 | 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 |
| 1591 | 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 |
| 1592 | 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 |
| 1593 | 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 |
| 1594 | 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 |
| 1595 | 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 |
| 1596 | 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 |
| 1597 | 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 |
| 1598 | 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 |
| 1599 | 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 |
| 1600 | 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** |
| 1601 | 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** |
| 1602 | 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** |
| 1603 | 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 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 26,41 |

| 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** |
| 1604 | 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 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 26,41 |

| 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** |
| 1605 | 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 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 29,98 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1606 | 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** |
| 1607 | 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** |
| 1608 | 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 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 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** |
| 1609 | 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 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 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** |
| 1610 | 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 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 29,98 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1611 | 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 |
| 1612 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1613 | 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 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 44,24 |
| 1614 | 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 |
| 1615 | 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 |
| 1616 | 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 |
| 1617 | 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 |
| 1618 | 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 |
| 1619 | 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 |
| 1620 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 1622 | 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 |
| 1623 | 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 |
| 1624 | 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 |
| 1625 | 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 |
| 1626 | 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 |
| 1627 | 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 |
| 1628 | 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 |
| 1629 | 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 |
| 1630 | 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 |
| 1631 | 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 |
| 1632 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1633 | 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 | 12,77 | 17,64 | 16,51 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 4,33 |
| 1634 | 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 | 6,38 | 9,24 | 8,25 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 4,19 |
| 1635 | 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 | 38,31 | 48,82 | 48,82 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,20 |
| 1636 | 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 | 19,15 | 25,68 | 24,76 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 4,12 |
| 1637 | 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 |
| 1638 | 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 | 25,53 | 33,41 | 33,02 | Padaczka oporna na leczenie | ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory | ryczałt | 3,59 |
| 1639 | 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 |
| 1640 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 1642 | 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 |
| 1643 | 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 |
| 1644 | 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 |
| 1645 | 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 |
| 1646 | 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 |
| 1647 | 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 |
| 1648 | 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 |
| 1649 | 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 |
| 1650 | 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 |
| 1651 | 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 |
| 1652 | 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 |
| 1653 | 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 |
| 1654 | 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 |
| 1655 | 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 |
| 1656 | 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 |
| 1657 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1658 | 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 |
| 1659 | 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 |
| 1660 | 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 |
| 1661 | 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 |
| 1662 | 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 |
| 1663 | 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 |
| 1664 | 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 |
| 1665 | 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 |
| 1666 | 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 |
| 1667 | 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 |
| 1668 | 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 |
| 1669 | 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 |
| 1670 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1671 | 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 |
| 1672 | 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 |
| 1673 | 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 |
| 1674 | 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 |
| 1675 | 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 |
| 1676 | 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 |
| 1677 | 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 |
| 1678 | 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 |
| 1679 | 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 |
| 1680 | 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 |
| 1681 | 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 |
| 1682 | 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 |
| 1683 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1684 | 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 |
| 1685 | 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 |
| 1686 | 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 |
| 1687 | 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 |
| 1688 | 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 |
| 1689 | 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 |
| 1690 | 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 |
| 1691 | 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 |
| 1692 | 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 |
| 1693 | 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 |
| 1694 | 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 |
| 1695 | 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 |
| 1696 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1697 | 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 |
| 1698 | 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 |
| 1699 | 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 |
| 1700 | 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 |
| 1701 | 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 |
| 1702 | 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 |
| 1703 | 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 |
| 1704 | 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 |
| 1705 | 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 |
| 1706 | 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 |
| 1707 | 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 |
| 1708 | 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 |
| 1709 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1710 | 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 |
| 1711 | 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 |
| 1712 | 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 |
| 1713 | 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 |
| 1714 | 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 |
| 1715 | 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 |
| 1716 | 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 |
| 1717 | 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 |
| 1718 | 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 |
| 1719 | 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 |
| 1720 | 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 |
| 1721 | 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 |
| 1722 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1723 | 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 |
| 1724 | 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 |
| 1725 | 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 |
| 1726 | 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 |
| 1727 | 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 |
| 1728 | 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 |
| 1729 | 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 |
| 1730 | 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 |
| 1731 | 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 |
| 1732 | Goserelinum | Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg | 1 szt. | 5909991256197 | <1>01.07.2018/<2>01.07.2016 - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1733 | Goserelinum | Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg | 1 szt. | 5909991256197 | <1>01.07.2018/<2>01.07.2016 | 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 |
| 1734 | 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 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 |
| 1735 | 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 |
| 1736 | 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 |
| 1737 | 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 |
| 1738 | 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 |
| 1739 | 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 |
| 1740 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1741 | Haloperidolum | Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml | 10 ml | 5909990239412 | 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 | 2,28 | 3,34 | 3,34 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | choroba Huntingtona | 30% | 1,00 |
| 1742 | 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 |
| 1743 | 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 |
| 1744 | 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 |
| 1745 | 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 |
| 1746 | 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 |
| 1747 | 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 |
| 1748 | 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 |
| 1749 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1750 | 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 |
| 1751 | 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 |
| 1752 | 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 |
| 1753 | 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 |
| 1754 | 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 |
| 1755 | 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 |
| 1756 | 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 |
| 1757 | 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 |
| 1758 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1759 | 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 |
| 1760 | 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 |
| 1761 | 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 |
| 1762 | 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 |
| 1763 | 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 |
| 1764 | 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 | 8,82 | 7,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,81 |
| 1765 | 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 | 14,14 | 14,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,24 |
| 1766 | 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 | 7,33 | 7,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,32 |
| 1767 | 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 | 7,14 | 7,14 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,14 |
| 1768 | 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 | 7,09 | 7,09 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,13 |
| 1769 | Indapamidum | Indapamide SR Mercapharm, 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 | 6,81 | 6,81 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,04 |
| 1770 | 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 | 7,15 | 7,15 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,15 |
| 1771 | Indapamidum | Indapen, tabl. powl., 2.5 mg | 20 szt. | 5909990863013 | 2016-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,48 | 9,01 | 7,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,44 |
| 1772 | 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 | 8,39 | 7,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,38 |

| 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** |
| 1773 | Indapamidum | Indapres, tabl. powl., 2.5 mg | 30 szt. | 5909990223121 | 2016-01-01 | 3 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 6,48 | 9,86 | 9,86 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,96 |
| 1774 | 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 | 20,45 | 20,45 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,14 |
| 1775 | 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 | 7,33 | 7,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,32 |
| 1776 | 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 | 8,81 | 7,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,80 |
| 1777 | 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 | 7,16 | 7,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,15 |
| 1778 | 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 | 8,68 | 7,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,67 |
| 1779 | 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 | 7,59 | 7,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,58 |
| 1780 | 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 | 14,17 | 14,17 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,25 |
| 1781 | 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 | 7,16 | 7,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 2,15 |
| 1782 | 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 | 13,15 | 7,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 8,14 |
| 1783 | Indapamidum + Amlodipinum | Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10 mg | 30 szt. | 5909991092566 | 2016-11-01 | 2 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 12,69 | 15,36 | 7,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,35 |
| 1784 | Indapamidum + Amlodipinum | Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5 mg | 30 szt. | 5909991092597 | 2016-11-01 | 2 lata | 36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe | 11,61 | 14,23 | 7,16 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,22 |
| 1785 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1786 | 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 |
| 1787 | 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 |
| 1788 | 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 |
| 1789 | 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 |
| 1790 | 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 |
| 1791 | 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 |
| 1792 | 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 |
| 1793 | 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 |
| 1794 | 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 |
| 1795 | 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 |
| 1796 | 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 |
| 1797 | 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 |
| 1798 | 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 |
| 1799 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1800 | 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 |
| 1801 | 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 |
| 1802 | 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 |
| 1803 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1804 | 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 |
| 1805 | 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 |
| 1806 | 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 |
| 1807 | 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 |
| 1808 | 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 |
| 1809 | 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 |
| 1810 | 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 |
| 1811 | 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 |
| 1812 | 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 |
| 1813 | 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 |
| 1814 | 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 |
| 1815 | 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 |
| 1816 | 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 |
| 1817 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1818 | 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 |
| 1819 | 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 |
| 1820 | 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 |
| 1821 | 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 |
| 1822 | 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 |
| 1823 | 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 |
| 1824 | 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 |
| 1825 | 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 |
| 1826 | 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 |
| 1827 | 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 |
| 1828 | 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 |
| 1829 | 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 |
| 1830 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1831 | 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 |
| 1832 | 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 |
| 1833 | 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 |
| 1834 | 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 |
| 1835 | 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 |
| 1836 | 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 |
| 1837 | 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 |
| 1838 | 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 | 11,76 | 11,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,41 |
| 1839 | 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 | 17,02 | 17,02 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,00 |

| 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 | 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 | 13,63 | 10,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,77 |
| 1841 | 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 | 24,85 | 21,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,14 |
| 1842 | 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 | 5,58 | 4,54 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,24 |
| 1843 | 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 | 22,19 | 22,19 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,00 |
| 1844 | 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 | 10,27 | 9,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,39 |
| 1845 | 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 | 9,68 | 9,08 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,80 |
| 1846 | 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 | 15,58 | 13,62 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,76 |
| 1847 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1848 | 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 |
| 1849 | 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 |
| 1850 | Itraconazolum | Itrax, kaps. twarde, 100 mg | 28 szt. | 5909990858262 | 2015-11-01 - 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 |
| 1851 | Itraconazolum | Itrax, kaps. twarde, 100 mg | 4 szt. | 5909990858255 | 2015-11-01 - 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 | 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 |
| 1852 | 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 |
| 1853 | 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 |
| 1854 | 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 |
| 1855 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1856 | Ivabradini hydrochloridum | Ivabradine Accord, tabletka powlekana, 5 mg | 28 szt. | 5055565740507 | 2018-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 33,48 | 43,85 | 43,85 | 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 |
| 1857 | Ivabradini hydrochloridum | Ivabradine Accord, tabletka powlekana, 5 mg | 56 szt. | 5055565740514 | 2018-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 66,96 | 83,01 | 83,01 | 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 |
| 1858 | 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 |
| 1859 | 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 |
| 1860 | Ivabradinum | Bixebra, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 5909991350741 | 2018-03-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 78,30 | 94,92 | 94,92 | 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** |
| 1861 | Ivabradinum | Bixebra, tabl., 5 mg | 56 szt. | 5909991286613 | 2016-11-01 | 2 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 86,40 | 103,42 | 96,62 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane | | ryczałt | 10,00 |
| 1862 | 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 |
| 1863 | 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 |
| 1864 | Ivabradinum | Bixebra, tabl., 7.5 mg | 56 szt. | 5909991286927 | 2016-11-01 | 2 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 129,60 | 150,87 | 144,93 | 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 | 9,14 |
| 1865 | Ivabradinum | Inevica, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 5909991337568 | 2018-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 66,96 | 83,01 | 83,01 | 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** |
| 1866 | 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 |
| 1867 | Ivabradinum | Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 5909991264710 | 2017-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 79,92 | 96,62 | 96,62 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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 |
| 1868 | 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 | 140,66 | 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 |
| 1869 | Ivabradinum | Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 5 mg | 56 tabl. | 5909991326470 | 2018-09-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 68,00 | 84,10 | 84,10 | 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 |
| 1870 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1871 | Ivabradinum | Ivabradine Mylan, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 5909991322779 | 2018-01-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 66,96 | 83,01 | 83,01 | 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 |
| 1872 | 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 |
| 1873 | Ivabradinum | Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 5909991298586 | 2017-11-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 66,96 | 83,01 | 83,01 | 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 |
| 1874 | 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 |
| 1875 | Ivabradinum | Ivohart, tabletki powlekane, 5 mg | 112 szt. | 5909991329822 | 2018-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 133,81 | 157,20 | 157,20 | 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 | 3,98 |

| 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** |
| 1876 | Ivabradinum | Ivohart, tabletki powlekane, 5 mg | 56 szt. | 5909991329785 | 2018-07-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 66,91 | 82,96 | 82,96 | 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 | 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 |
| 1878 | 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 |
| 1879 | Ivabradinum | Raenom, tabletki powlekane, 5 mg | 56 tabl. | 5909991307349 | 2017-05-01 | 3 lata | 31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna | 79,92 | 96,62 | 96,62 | Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 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 |
| 1880 | 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 | 140,66 | 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 |
| 1881 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1882 | 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 |
| 1883 | 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 |
| 1884 | 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 |
| 1885 | 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 |
| 1886 | 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 |
| 1887 | 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 |
| 1888 | 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 |
| 1889 | 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 |
| 1890 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1891 | 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 |
| 1892 | 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 |
| 1893 | 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 |
| 1894 | 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 |
| 1895 | 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 |
| 1896 | 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 |
| 1897 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1898 | 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 |
| 1899 | 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 |
| 1900 | 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 | 2,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,45 |
| 1901 | 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 | 5,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,88 |
| 1902 | 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 | 8,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 16,19 |
| 1903 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 5909991134907 | 2018-07-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 6,29 | 7,45 | 2,96 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 5,38 |
| 1904 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 2 mg | 56 szt. | 5907695215205 | 2016-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,50 | 14,82 | 5,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,67 |
| 1905 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 4 mg | 28 szt. | 5909991134938 | 2018-07-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 12,53 | 14,86 | 5,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 10,71 |
| 1906 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 4 mg | 56 szt. | 5907695215212 | 2016-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 24,95 | 29,24 | 11,85 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 20,95 |

| 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 |
| 1907 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 6 mg | 28 szt. | 5909991134969 | 2018-07-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 18,86 | 22,21 | 8,89 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 15,99 |
| 1908 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 6 mg | 56 szt. | 5907695215229 | 2016-01-01 | 3 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 37,49 | 43,40 | 17,78 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 30,95 |
| 1909 | 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 | 138,91 | 120,70 | 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 | 21,41 |
| 1910 | 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 | 337,96 | 337,96 | 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 |
| 1911 | 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 | 500,69 | 500,69 | 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 |
| 1912 | 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 | 663,42 | 663,42 | 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 |
| 1913 | 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 | 48,14 | 42,24 | Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej | terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej | ryczałt | 9,10 |
| 1914 | 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>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1915 | 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>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1916 | Lamotriginum | Lamilept, tabl., 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990038480 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, <1>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1917 | Lamotriginum | Lamilept, tabl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990038701 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, <1>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1918 | Lamotriginum | Lamilept, tabl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990038565 | 2017-07-01 - dla kolumny 12, <1>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1919 | 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>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1920 | 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>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1921 | 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>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1922 | 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>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1923 | 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>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1924 | 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>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1925 | 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>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1926 | Lamotriginum | Lamotrigine Farmax, tabletki, 25 mg | 30 tabl. | 5909991311629 | 2018-05-01 - dla kolumny 12, <1>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1927 | Lamotriginum | Lamotrigine Farmax, tabletki, 50 mg | 30 tabl. | 5909991311698 | 2018-05-01 - dla kolumny 12, <1>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1928 | 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>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1929 | Lamotriginum | Lamotrix, tabl., 100 mg | 90 szt. | 5909990961092 | 2016-09-01 - dla kolumny 12, <1>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1930 | 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>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1931 | 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>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1932 | Lamotriginum | Symla, tabl., 100 mg | 30 szt. | 5909991138363 | <1>2016-11-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 12, <1>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1933 | Lamotriginum | Symla, tabl., 25 mg | 30 szt. | 5909991138349 | <1>2016-11-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 12, <1>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1934 | Lamotriginum | Symla, tabl., 50 mg | 30 szt. | 5909991138356 | <1>2016-11-01/<2>2016-09-01 - dla kolumny 12, <1>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1935 | Lamotriginum | Verpin, tabletki, 100 mg | 30 tabl. | 5909990940370 | 2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1936 | Lamotriginum | Verpin, tabletki, 100 mg | 60 tabl. w blistrze | 5909990940530 | 2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1937 | Lamotriginum | Verpin, tabletki, 25 mg | 30 tabl. | 5909990939640 | 2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1938 | Lamotriginum | Verpin, tabletki, 50 mg | 30 tabl. | 5909990939930 | 2017-03-01 - dla kolumny 12, <1>01.03.2016/<2>01.09.2018 - 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 |
| 1939 | 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 |
| 1940 | 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 |
| 1941 | 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 |
| 1942 | 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 |
| 1943 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1944 | 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 |
| 1945 | 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 |
| 1946 | 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 |
| 1947 | 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 |
| 1948 | 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 |
| 1949 | 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 |
| 1950 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 1952 | 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 |
| 1953 | 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 |
| 1954 | 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 |
| 1955 | 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 |
| 1956 | 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 |
| 1957 | 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 |
| 1958 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1959 | 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 |
| 1960 | 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 |
| 1961 | 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 |
| 1962 | 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 |
| 1963 | 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 |
| 1964 | 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 |
| 1965 | 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 |
| 1966 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1967 | 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 |
| 1968 | 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 |
| 1969 | 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 |
| 1970 | 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 |
| 1971 | 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 |
| 1972 | 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 |
| 1973 | 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 |
| 1974 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1975 | 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 |
| 1976 | 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 |
| 1977 | 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 |
| 1978 | 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 |
| 1979 | 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 |
| 1980 | 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 |
| 1981 | 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 |
| 1982 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1983 | 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 |
| 1984 | 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 |
| 1985 | 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 |
| 1986 | 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 |
| 1987 | 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 |
| 1988 | 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 |
| 1989 | 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 |
| 1990 | 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 |
| 1991 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1992 | 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 |
| 1993 | 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 |
| 1994 | 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 |
| 1995 | 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 |
| 1996 | 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 |
| 1997 | 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 |
| 1998 | 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 |
| 1999 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2000 | 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 |
| 2001 | 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 |
| 2002 | 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 |
| 2003 | 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 |
| 2004 | 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 |
| 2005 | 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 |
| 2006 | 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 |
| 2007 | 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 |
| 2008 | 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 |
| 2009 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2010 | 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 |
| 2011 | 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 |
| 2012 | 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 |
| 2013 | 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 |
| 2014 | 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 |
| 2015 | 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 |
| 2016 | 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 |
| 2017 | 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 |
| 2018 | 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 |
| 2019 | Levetiracetamum | Levetiracetam Accord, F, 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 |
| 2020 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 2022 | 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 |
| 2023 | 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 |
| 2024 | 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 |
| 2025 | 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 |
| 2026 | 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 |
| 2027 | 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 |
| 2028 | 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 |
| 2029 | 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 |
| 2030 | 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 |
| 2031 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2032 | 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 |
| 2033 | 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 |
| 2034 | 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 |
| 2035 | 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 |
| 2036 | 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 |
| 2037 | 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 |
| 2038 | 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 |
| 2039 | 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 |
| 2040 | 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 |
| 2041 | 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 |
| 2042 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2043 | 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 |
| 2044 | 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 |
| 2045 | 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 |
| 2046 | 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 |
| 2047 | 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 |
| 2048 | 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 |
| 2049 | 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 |
| 2050 | 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 |
| 2051 | 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 |
| 2052 | 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 |
| 2053 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2054 | 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 |
| 2055 | 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 |
| 2056 | 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 |
| 2057 | 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 |
| 2058 | 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 |
| 2059 | 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 |
| 2060 | 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 |
| 2061 | 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 |
| 2062 | 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 |
| 2063 | 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 |
| 2064 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2065 | 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 |
| 2066 | 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 |
| 2067 | 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 |
| 2068 | 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 |
| 2069 | 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 |
| 2070 | 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 |
| 2071 | 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 |
| 2072 | 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 |
| 2073 | 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 |
| 2074 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2075 | Levocetirizini dihydrochloridum | Ahist, tabl., 5 mg | 28 szt. | 5909991036065 | 2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2076 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 5909990656929 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2077 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909990656936 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2078 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990656943 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2079 | Levocetirizini dihydrochloridum | Cezera, tabl. powl., 5 mg | 90 tabl. | 5909991192600 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2080 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 5909990904099 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 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 |
| 2081 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909990904129 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2082 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 5906414000726 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2083 | Levocetirizini dihydrochloridum | Contrahist, tabl. powl., 5 mg | 84 szt. | 5906414000733 | 2018-09-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2084 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lecetax, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909990997640 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2085 | Levocetirizini dihydrochloridum | Levocedo, roztwór doustny, 0.5 mg/ml | 1 but.po 200 ml | 5909991238995 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 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 |
| 2086 | Levocetirizini dihydrochloridum | Levocetirizine Genoptim, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909991099862 | 2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 9,97 | 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 |
| 2087 | 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 |
| 2088 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powl., 5 mg | 56 tabl. | 5902020241133 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2089 | Levocetirizini dihydrochloridum | Lirra, tabl. powl., 5 mg | 84 tabl. | 5902020241140 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2090 | Levocetirizini dihydrochloridum | Nossin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909991060589 | 2016-03-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2091 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990918072 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2092 | Levocetirizini dihydrochloridum | Xyzal, tabl. powl., 5 mg | 7 szt. (1 blist.po 7 szt.) | 5909990918041 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2093 | 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, 2016-11-01 - dla kolumny 13 | 3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 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 |
| 2094 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zenaro, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909990781720 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2095 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zyx, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909990765034 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2096 | Levocetirizini dihydrochloridum | Zyx, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 5907695215014 | 2018-07-01 - dla kolumny 12, 2016-11-01 - 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 | 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 |
| 2097 | 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 |
| 2098 | 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 |
| 2099 | 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 |
| 2100 | 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 |
| 2101 | 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 |
| 2102 | 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 |
| 2103 | 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 |
| 2104 | 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 |
| 2105 | 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 |
| 2106 | 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 |
| 2107 | 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 |
| 2108 | 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 |
| 2109 | 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 | 8,93 | 12,71 | 12,71 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 2110 | 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 |
| 2111 | 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 |
| 2112 | 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 |
| 2113 | 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 |
| 2114 | 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 |
| 2115 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2116 | 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 |
| 2117 | 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 |
| 2118 | 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 |
| 2119 | 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 |
| 2120 | 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 |
| 2121 | 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 |
| 2122 | 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 |
| 2123 | 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 |
| 2124 | 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 |
| 2125 | 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 |
| 2126 | 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 |
| 2127 | 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 |
| 2128 | 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 |
| 2129 | 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 |
| 2130 | 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 |
| 2131 | 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 |
| 2132 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2133 | 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 |
| 2134 | 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 |
| 2135 | 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 |
| 2136 | 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 |
| 2137 | 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 |
| 2138 | 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 |
| 2139 | 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 |
| 2140 | 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 |
| 2141 | 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 |
| 2142 | 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 |
| 2143 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2144 | 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 |
| 2145 | 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 |
| 2146 | 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 |
| 2147 | 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 |
| 2148 | 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 |
| 2149 | 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 |
| 2150 | 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 |
| 2151 | 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 |
| 2152 | 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 |
| 2153 | 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 |
| 2154 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 2156 | 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 |
| 2157 | 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 |
| 2158 | 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 |
| 2159 | 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 |
| 2160 | 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 |
| 2161 | 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 |
| 2162 | 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 |
| 2163 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2164 | 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 |
| 2165 | 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 |
| 2166 | 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 |
| 2167 | 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 |
| 2168 | 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 |
| 2169 | 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 |
| 2170 | 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 |
| 2171 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2172 | 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 |
| 2173 | 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 |
| 2174 | 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 |
| 2175 | 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 |
| 2176 | 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 |
| 2177 | 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 |
| 2178 | 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 |
| 2179 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2180 | 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 |
| 2181 | 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 |
| 2182 | 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 |
| 2183 | 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 |
| 2184 | 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 |
| 2185 | 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 |
| 2186 | 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 |
| 2187 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2188 | 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 |
| 2189 | 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 |
| 2190 | 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 |
| 2191 | 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 |
| 2192 | 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 |
| 2193 | 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 |
| 2194 | 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 |
| 2195 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2196 | 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 |
| 2197 | 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 |
| 2198 | 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 |
| 2199 | 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 |
| 2200 | 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 |
| 2201 | 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 |
| 2202 | 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 |
| 2203 | 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 |
| 2204 | 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 |
| 2205 | 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 |
| 2206 | 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 |
| 2207 | 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 |
| 2208 | 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 |
| 2209 | 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 |
| 2210 | 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 |
| 2211 | 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 |
| 2212 | 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 |
| 2213 | 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 |
| 2214 | 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 |
| 2215 | 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 |
| 2216 | 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 |
| 2217 | 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 |
| 2218 | 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 |
| 2219 | 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 |
| 2220 | 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 |
| 2221 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2222 | 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 |
| 2223 | 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 |
| 2224 | 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 |
| 2225 | 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 |
| 2226 | 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 |
| 2227 | 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 |
| 2228 | 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 |
| 2229 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2230 | 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 |
| 2231 | 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 |
| 2232 | 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 |
| 2233 | 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 |
| 2234 | 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 |
| 2235 | 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 |
| 2236 | 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 |
| 2237 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2238 | 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 |
| 2239 | 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 |
| 2240 | 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 |
| 2241 | 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 |
| 2242 | 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 |
| 2243 | 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 |
| 2244 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2245 | 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 |
| 2246 | 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 |
| 2247 | 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 |
| 2248 | 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 |
| 2249 | 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** |
| 2250 | 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** |
| 2251 | 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 |
| 2252 | 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 |
| 2253 | 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 |
| 2254 | 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 |
| 2255 | 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 |
| 2256 | 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 |
| 2257 | 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 |
| 2258 | 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 |
| 2259 | 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 |
| 2260 | 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 | 37,20 | 51,84 | 51,84 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | 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 |
| 2261 | 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 | 62,10 | 81,99 | 81,99 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,20 |
| 2262 | 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 |
| 2263 | 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 | 37,20 | 51,84 | 51,84 | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego | | ryczałt | 3,20 |
| 2264 | 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 |
| 2265 | 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 |
| 2266 | 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 |
| 2267 | 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 |
| 2268 | 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 |
| 2269 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2270 | 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 |
| 2271 | 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 |
| 2272 | 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 |
| 2273 | 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 |
| 2274 | 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 |
| 2275 | 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 |
| 2276 | 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 |
| 2277 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2278 | 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 |
| 2279 | 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 |
| 2280 | 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 |
| 2281 | 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 |
| 2282 | 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 |
| 2283 | 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 |
| 2284 | 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 |
| 2285 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania 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 | 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 |
| 2287 | 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 |
| 2288 | 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 |
| 2289 | 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 |
| 2290 | 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 |
| 2291 | 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 |
| 2292 | 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 |
| 2293 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania 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** |
| 2294 | 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 |
| 2295 | 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 |
| 2296 | 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 |
| 2297 | 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 |
| 2298 | 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 |
| 2299 | 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 |
| 2300 | 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 |
| 2301 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 2303 | 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 |
| 2304 | 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 |
| 2305 | 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 |
| 2306 | 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 |
| 2307 | 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 |
| 2308 | 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 |
| 2309 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2310 | 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 |
| 2311 | 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 |
| 2312 | 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 |
| 2313 | 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 |
| 2314 | 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 |
| 2315 | 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 |
| 2316 | 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 |
| 2317 | Metforminum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 5909990933181 | 2015-11-01 - 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 | 11,39 | 15,82 | 14,81 | Cukrzyca | zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy | ryczałt | 4,21 |

| 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 |
| 2318 | 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 |
| 2319 | 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 |
| 2320 | 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 |
| 2321 | 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 |
| 2322 | 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 |
| 2323 | 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 |
| 2324 | 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 |
| 2325 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2326 | 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 |
| 2327 | 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 |
| 2328 | 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 |
| 2329 | 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 |
| 2330 | 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 |
| 2331 | 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 |
| 2332 | 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 |
| 2333 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2334 | 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 |
| 2335 | 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 |
| 2336 | 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 |
| 2337 | 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 |
| 2338 | 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 |
| 2339 | 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 |
| 2340 | 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 |
| 2341 | 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 |
| 2342 | 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 |
| 2343 | 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 |
| 2344 | 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 |
| 2345 | 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 |
| 2346 | 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 |
| 2347 | 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 |
| 2348 | 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 |
| 2349 | 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 |
| 2350 | 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 |
| 2351 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2352 | 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 |
| 2353 | 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 |
| 2354 | 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 |
| 2355 | 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 |
| 2356 | 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 |
| 2357 | 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 |
| 2358 | 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 |
| 2359 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2360 | 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 |
| 2361 | 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 |
| 2362 | 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 |
| 2363 | 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 |
| 2364 | 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 |
| 2365 | 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 |
| 2366 | 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 |
| 2367 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2368 | 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 |
| 2369 | 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 |
| 2370 | 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 |
| 2371 | 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 |
| 2372 | 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 |
| 2373 | 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 |
| 2374 | 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 |
| 2375 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2376 | 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 |
| 2377 | 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 |
| 2378 | 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 |
| 2379 | 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 |
| 2380 | 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 |
| 2381 | 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 |
| 2382 | 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 |
| 2383 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2384 | 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 |
| 2385 | 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 |
| 2386 | 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 |
| 2387 | 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 |
| 2388 | 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 |
| 2389 | 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 |
| 2390 | 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 |
| 2391 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2392 | 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 |
| 2393 | 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 |
| 2394 | 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 |
| 2395 | 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 |
| 2396 | 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 |
| 2397 | 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 |
| 2398 | 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 |
| 2399 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2400 | 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 |
| 2401 | 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 |
| 2402 | 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 |
| 2403 | 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 |
| 2404 | 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 |
| 2405 | 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 |
| 2406 | 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 |
| 2407 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2408 | 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 |
| 2409 | 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 |
| 2410 | 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 |
| 2411 | 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 |
| 2412 | 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 |
| 2413 | 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 |
| 2414 | 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 |
| 2415 | 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 |
| 2416 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2417 | 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 |
| 2418 | 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 |
| 2419 | 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 |
| 2420 | 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 |
| 2421 | 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 |
| 2422 | 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 |
| 2423 | 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 |
| 2424 | 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 |
| 2425 | Methylprednisolonum | Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg | 1 fiol. + 1 amp. | 5909990939220 | 2015-11-01 | 3 lata | 82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon | 52,57 | 65,22 | 65,22 | Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego | | ryczałt | 3,20 |
| 2426 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2427 | 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 |
| 2428 | 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 |
| 2429 | 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 |
| 2430 | 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 |
| 2431 | 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 |
| 2432 | 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 |
| 2433 | 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 |
| 2434 | 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 |
| 2435 | 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 |
| 2436 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2437 | 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 |
| 2438 | 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 |
| 2439 | 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 |
| 2440 | 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 |
| 2441 | 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 |
| 2442 | 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 |
| 2443 | 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 |
| 2444 | 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 |
| 2445 | 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 |
| 2446 | 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 |
| 2447 | 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 |
| 2448 | 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 |
| 2449 | 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 |
| 2450 | 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 |
| 2451 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2452 | 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 |
| 2453 | 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 |
| 2454 | 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 |
| 2455 | 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 |
| 2456 | 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 |
| 2457 | 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 |
| 2458 | 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 |
| 2459 | 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 |
| 2460 | 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 |
| 2461 | 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 |
| 2462 | 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 |
| 2463 | 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 |
| 2464 | 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 |
| 2465 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2466 | 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 |
| 2467 | 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 |
| 2468 | 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 |
| 2469 | 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 |
| 2470 | 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 |
| 2471 | 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 |
| 2472 | 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 |
| 2473 | 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 |
| 2474 | 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 |
| 2475 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2476 | 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 |
| 2477 | 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 |
| 2478 | 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 |
| 2479 | 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 |
| 2480 | 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 |
| 2481 | 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 |
| 2482 | 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 |
| 2483 | 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 |
| 2484 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2485 | 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 |
| 2486 | 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 |
| 2487 | 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 |
| 2488 | 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 |
| 2489 | 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 |
| 2490 | 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 |
| 2491 | 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 |
| 2492 | 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 |
| 2493 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2494 | 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 |
| 2495 | 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 |
| 2496 | 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 |
| 2497 | 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 |
| 2498 | 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 |
| 2499 | 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 |
| 2500 | 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 |
| 2501 | 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 |
| 2502 | 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 |
| 2503 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2504 | 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 |
| 2505 | 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 |
| 2506 | 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 |
| 2507 | 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 |
| 2508 | 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 |
| 2509 | 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 |
| 2510 | 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 |
| 2511 | 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 |
| 2512 | 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 |
| 2513 | 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 |
| 2514 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2515 | 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 |
| 2516 | 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 |
| 2517 | 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 |
| 2518 | 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 |
| 2519 | 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 |
| 2520 | 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 |
| 2521 | 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 |
| 2522 | 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 |
| 2523 | 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 |
| 2524 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2525 | 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 |
| 2526 | 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 |
| 2527 | 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 |
| 2528 | 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 |
| 2529 | 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 |
| 2530 | 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 |
| 2531 | 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 |
| 2532 | 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 | 233,76 | 128,55 | 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 | 108,41 |

| 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 |
| 2533 | 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 | 148,52 | 91,82 | 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 | 59,90 |
| 2534 | 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 | 148,52 | 91,82 | 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 | 59,90 |
| 2535 | 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 | 83,32 | 83,32 | 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 |
| 2536 | 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 | 83,32 | 83,32 | 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 |
| 2537 | 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 | 103,16 | 91,82 | 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 | 14,54 |

| 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 |
| 2538 | 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 | 103,16 | 91,82 | 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 | 14,54 |
| 2539 | 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 | 91,82 | 91,82 | 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 |
| 2540 | 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 | 156,46 | 91,82 | 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 | 67,84 |
| 2541 | 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 | 156,46 | 91,82 | 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 | 67,84 |
| 2542 | 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 | 81,00 | 97,49 | 91,82 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2543 | 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 | 81,00 | 97,49 | 91,82 | 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 |
| 2544 | 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 |
| 2545 | 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** |
| 2546 | 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** |
| 2547 | 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** |
| 2548 | 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** |
| 2549 | 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** |
| 2550 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2551 | 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** |
| 2552 | 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** |
| 2553 | 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 |
| 2554 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2555 | 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 |
| 2556 | 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 |
| 2557 | 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 |
| 2558 | 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 |
| 2559 | 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 |
| 2560 | 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 |
| 2561 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2562 | 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 |
| 2563 | 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 |
| 2564 | 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 |
| 2565 | 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 |
| 2566 | 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 |
| 2567 | 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 |
| 2568 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2569 | 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 |
| 2570 | 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 |
| 2571 | 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 |
| 2572 | 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 |
| 2573 | 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 |
| 2574 | 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 |
| 2575 | 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 |
| 2576 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2577 | 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 |
| 2578 | 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 |
| 2579 | 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 |
| 2580 | 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 |
| 2581 | 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 |
| 2582 | 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 |
| 2583 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2584 | 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 |
| 2585 | 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 |
| 2586 | 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 |
| 2587 | 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 |
| 2588 | 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 |
| 2589 | Nebivololum | Ebivol, tabl., 5 mg | 30 szt. | 5909990662425 | 2015-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 10,69 | 13,98 | 10,53 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,65 |
| 2590 | 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 |
| 2591 | 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 |
| 2592 | 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 |
| 2593 | 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 |
| 2594 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2595 | 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 |
| 2596 | Nebivololum | Nebinad, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990648719 | 2015-11-01 | 3 lata | 40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego | 12,96 | 16,22 | 9,83 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 9,59 |
| 2597 | 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 |
| 2598 | 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 |
| 2599 | Nebivololum | NebivoLEK, tabl., 5 mg | 56 szt. | 5907626703597 | 2015-11-01 | 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 |
| 2600 | 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 |
| 2601 | 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 |
| 2602 | 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 |
| 2603 | 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 |
| 2604 | 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 |
| 2605 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2606 | 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 |
| 2607 | 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 |
| 2608 | 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 | 3,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 4,93 |
| 2609 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 6,71 |
| 2610 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 4,56 |
| 2611 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe | ryczałt | 8,81 |
| 2612 | 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 |
| 2613 | 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 |
| 2614 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2615 | 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 |
| 2616 | 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, 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 | 22,20 |
| 2617 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2618 | 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 |
| 2619 | 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 |
| 2620 | 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 |
| 2621 | 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 |
| 2622 | 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 |
| 2623 | 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 |
| 2624 | 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 |
| 2625 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2626 | 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 |
| 2627 | 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 |
| 2628 | 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 |
| 2629 | 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 |
| 2630 | 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 |
| 2631 | 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 |
| 2632 | 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 |
| 2633 | 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 |
| 2634 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania 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 |
| 2635 | 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 |
| 2636 | 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 |
| 2637 | 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 |
| 2638 | 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 |
| 2639 | 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 |
| 2640 | 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 |
| 2641 | 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 |
| 2642 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2643 | 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 |
| 2644 | 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 |
| 2645 | 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 |
| 2646 | 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 |
| 2647 | 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 |
| 2648 | 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 |
| 2649 | 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 |
| 2650 | 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 |
| 2651 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990763481 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 125,28 | 145,98 | 144,15 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 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** |
| 2652 | Olanzapinum | Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990763498 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 166,86 | 191,62 | 191,62 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 5,97 |
| 2653 | 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 |
| 2654 | 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 |
| 2655 | 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 |
| 2656 | 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 |
| 2657 | 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 |
| 2658 | 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 |
| 2659 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909991230456 | 2015-11-01 - 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 | 62,64 | 78,19 | 78,19 | 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 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** |
| 2660 | 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 |
| 2661 | 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 |
| 2662 | Olanzapinum | Olanzin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909991225797 | 2015-11-01 - 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 | 31,32 | 41,33 | 41,33 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 3,20 |
| 2663 | 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 |
| 2664 | 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 |
| 2665 | 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 |
| 2666 | 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 |
| 2667 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2668 | 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 |
| 2669 | 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 |
| 2670 | 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 |
| 2671 | 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 |
| 2672 | 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 |
| 2673 | 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 |
| 2674 | 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 |
| 2675 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2676 | 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 |
| 2677 | 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 |
| 2678 | 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 |
| 2679 | 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 |
| 2680 | 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 |
| 2681 | 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 |
| 2682 | 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 |
| 2683 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania 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 |
| 2684 | 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 |
| 2685 | 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 |
| 2686 | 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 |
| 2687 | 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 |
| 2688 | 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 |
| 2689 | 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 |
| 2690 | 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 |
| 2691 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2692 | 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 |
| 2693 | 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 |
| 2694 | 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 |
| 2695 | 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 |
| 2696 | 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 |
| 2697 | 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 |
| 2698 | 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 |
| 2699 | 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 |
| 2700 | 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 obowiązywania 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** |
| 2701 | 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 |
| 2702 | 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 |
| 2703 | 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 |
| 2704 | 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 |
| 2705 | 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 |
| 2706 | 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 |
| 2707 | 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 |
| 2708 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2709 | 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 |
| 2710 | 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 |
| 2711 | 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 |
| 2712 | 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 |
| 2713 | 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 |
| 2714 | 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 |
| 2715 | 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 |
| 2716 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2717 | 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 |
| 2718 | 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 |
| 2719 | 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 |
| 2720 | 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 |
| 2721 | 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 |
| 2722 | 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 |
| 2723 | 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 |
| 2724 | 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 |
| 2725 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania 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 |
| 2726 | 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 |
| 2727 | 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 |
| 2728 | 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 |
| 2729 | 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 |
| 2730 | 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 |
| 2731 | 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 |
| 2732 | 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 |
| 2733 | 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 |
| 2734 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2735 | 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 |
| 2736 | 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 |
| 2737 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 56 szt. | 5909990892143 | 2015-11-01 - 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 | 162,00 | 186,52 | 186,52 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 5,97 |
| 2738 | 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 |
| 2739 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg | 56 szt. | 5909990892174 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 246,76 | 277,54 | 277,54 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 8,96 |
| 2740 | 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 |
| 2741 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg | 56 szt. | 5909990892341 | 2015-11-01 | 3 lata | 178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne | 333,85 | 370,96 | 370,96 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | | ryczałt | 11,95 |
| 2742 | 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 |
| 2743 | Olanzapinum | Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 56 szt. | 5909990892105 | 2015-11-01 - 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 | 79,92 | 96,34 | 96,10 | Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa | choroba Huntingtona | ryczałt | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2744 | 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 |
| 2745 | 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 |
| 2746 | 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 |
| 2747 | 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 |
| 2748 | 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 |
| 2749 | 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 |
| 2750 | 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 |
| 2751 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2752 | 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 |
| 2753 | 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 |
| 2754 | 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 |
| 2755 | 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 |
| 2756 | 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 |
| 2757 | 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 |
| 2758 | 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 |
| 2759 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2760 | 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 |
| 2761 | 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 |
| 2762 | 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 |
| 2763 | 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 |
| 2764 | 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 |
| 2765 | 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 |
| 2766 | 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 |
| 2767 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2768 | 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 |
| 2769 | 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 |
| 2770 | 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 |
| 2771 | 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 |
| 2772 | 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 |
| 2773 | 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 |
| 2774 | 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 |
| 2775 | Omeprazolum | Omeprazol Aurobindo, kaps. dojel. twarde, 40 mg | 28 szt. | 5909990920983 | 2015-11-01 - 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 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2776 | 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 |
| 2777 | 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 |
| 2778 | 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 |
| 2779 | 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 |
| 2780 | 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 |
| 2781 | 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 |
| 2782 | 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 |
| 2783 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2784 | 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 |
| 2785 | 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 |
| 2786 | 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 |
| 2787 | 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 |
| 2788 | 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 |
| 2789 | 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 |
| 2790 | 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 |
| 2791 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2792 | 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 |
| 2793 | 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 |
| 2794 | 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 |
| 2795 | 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 |
| 2796 | 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 |
| 2797 | 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 |
| 2798 | 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 |
| 2799 | 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 |
| 2800 | 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 |
| 2801 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2802 | 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 |
| 2803 | 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 |
| 2804 | 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 |
| 2805 | 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 |
| 2806 | 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 |
| 2807 | 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 |
| 2808 | 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 |
| 2809 | 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 |
| 2810 | 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 |
| 2811 | 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 |
| 2812 | Oxcarbazepinum | Tolep, tabl., 600 mg | 50 szt. | 5909991231668 | 2015-11-01 | 3 lata | 160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne | 102,06 | 119,29 | 88,42 | Padaczka oporna na leczenie | | ryczałt | 34,07 |

| 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 |
| 2813 | 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 |
| 2814 | 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 |
| 2815 | 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 |
| 2816 | 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 |
| 2817 | 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 |
| 2818 | 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 |
| 2819 | 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 |
| 2820 | 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 |
| 2821 | 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 |
| 2822 | 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 |
| 2823 | 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 |
| 2824 | 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 |
| 2825 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2826 | 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 |
| 2827 | 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 |
| 2828 | 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 |
| 2829 | 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 |
| 2830 | 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 |
| 2831 | 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 |
| 2832 | 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 |
| 2833 | 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 |
| 2834 | 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 |
| 2835 | 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 |
| 2836 | 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 |
| 2837 | 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 |
| 2838 | 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 |
| 2839 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2840 | 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 |
| 2841 | 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 |
| 2842 | 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 |
| 2843 | 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 |
| 2844 | 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 |
| 2845 | 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 |
| 2846 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 100 szt. | 5909990940769 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 59,40 | 73,11 | 69,74 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,57 |
| 2847 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 100 szt. | 5909990940769 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 59,40 | 73,11 | 69,74 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,57 |
| 2848 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 5909991250850 | 2017-03-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 38,88 | 48,93 | 41,84 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 10,29 |
| 2849 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 5909991250850 | 2017-03-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 38,88 | 48,93 | 41,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 10,29 |
| 2850 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 100 szt. | 5909990941247 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 118,80 | 139,48 | 139,48 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2851 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 100 szt. | 5909990941247 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 118,80 | 139,48 | 139,48 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2852 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 5909991250874 | 2017-03-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 69,98 | 85,46 | 83,69 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 4,97 |

| 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 |
| 2853 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 5909991250874 | 2017-03-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 69,98 | 85,46 | 83,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 4,97 |
| 2854 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 100 szt. | 5909990941407 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 237,60 | 268,22 | 268,22 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 5,69 |
| 2855 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 100 szt. | 5909990941407 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 237,60 | 268,22 | 268,22 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,69 |
| 2856 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 100 szt. | 5909990940233 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 29,70 | 38,37 | 34,87 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,70 |
| 2857 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 100 szt. | 5909990940233 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 29,70 | 38,37 | 34,87 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,70 |
| 2858 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 100 szt. | 5909990941568 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 475,20 | 523,93 | 523,93 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 11,38 |
| 2859 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 100 szt. | 5909990941568 | 2018-09-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 475,20 | 523,93 | 523,93 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 11,38 |
| 2860 | 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 | 55,96 | 41,84 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 17,32 |
| 2861 | 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 | 55,96 | 41,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 17,32 |
| 2862 | 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 | 96,13 | 83,69 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 15,64 |
| 2863 | 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 | 96,13 | 83,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 15,64 |
| 2864 | 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 | 177,30 | 167,38 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 13,33 |
| 2865 | 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 | 177,30 | 167,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 13,33 |

| 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 |
| 2866 | 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 | 35,76 | 20,92 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 18,04 |
| 2867 | 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 | 35,76 | 20,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 18,04 |
| 2868 | 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 | 336,42 | 334,75 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 8,50 |
| 2869 | 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 | 336,42 | 334,75 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 8,50 |
| 2870 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 5909990839643 | 2015-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 35,77 | 45,67 | 41,84 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 7,03 |
| 2871 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 5909990839643 | 2015-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 35,77 | 45,67 | 41,84 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 7,03 |
| 2872 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 5909990839780 | 2015-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 71,55 | 87,10 | 83,69 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,61 |
| 2873 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 5909990839780 | 2015-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 71,55 | 87,10 | 83,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,61 |
| 2874 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedł. uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 5909991229160 | 2016-05-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 103,68 | 120,84 | 83,69 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 40,35 |
| 2875 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedł. uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 5909991229160 | 2016-05-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 103,68 | 120,84 | 83,69 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 40,35 |
| 2876 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 5909990840038 | 2015-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 143,10 | 166,24 | 166,24 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,41 |
| 2877 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 5909990840038 | 2015-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 143,10 | 166,24 | 166,24 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,41 |
| 2878 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedł. uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 5909991229016 | 2016-05-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 207,36 | 233,71 | 167,38 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 69,74 |

| 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 |
| 2879 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedł. uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 5909991229016 | 2016-05-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 207,36 | 233,71 | 167,38 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 69,74 |
| 2880 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 5909990839469 | 2015-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 17,88 | 24,01 | 20,92 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,29 |
| 2881 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 5909990839469 | 2015-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 17,88 | 24,01 | 20,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,29 |
| 2882 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 5909990840182 | 2015-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 286,20 | 320,49 | 320,49 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,83 |
| 2883 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 5909990840182 | 2015-11-01 | 3 lata | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 286,20 | 320,49 | 320,49 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,83 |
| 2884 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 tabl. | 5909991184827 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 29,69 | 39,28 | 39,28 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2885 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 tabl. | 5909991184827 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 29,69 | 39,28 | 39,28 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2886 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 tabl. | 5909991184865 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 63,44 | 78,59 | 78,59 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,20 |
| 2887 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 tabl. | 5909991184865 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 63,44 | 78,59 | 78,59 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,20 |
| 2888 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 tabl. | 5909991184902 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 134,48 | 157,18 | 157,18 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 3,41 |
| 2889 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 tabl. | 5909991184902 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 134,48 | 157,18 | 157,18 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 3,41 |
| 2890 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 tabl. | 5909991184742 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 17,06 | 23,15 | 20,92 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 5,43 |
| 2891 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 tabl. | 5909991184742 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 17,06 | 23,15 | 20,92 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 5,43 |

| 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 |
| 2892 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 tabl. | 5909991184940 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 280,36 | 314,36 | 314,36 | Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia | | ryczałt | 6,83 |
| 2893 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 tabl. | 5909991184940 | 2018-01-01 | 5 lat | 150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon | 280,36 | 314,36 | 314,36 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | ryczałt | 6,83 |
| 2894 | 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 |
| 2895 | 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 |
| 2896 | 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 |
| 2897 | 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 |
| 2898 | 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 |
| 2899 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 2900 | 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 |
| 2901 | 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 |
| 2902 | 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 |
| 2903 | 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 |
| 2904 | Pantoprazolum | Contracid, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990736720 | 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 |
| 2905 | 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 |
| 2906 | 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 |
| 2907 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 2909 | 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 |
| 2910 | 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 |
| 2911 | 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 |
| 2912 | 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 |
| 2913 | 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 |
| 2914 | 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 |
| 2915 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2916 | 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 |
| 2917 | 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 |
| 2918 | 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 |
| 2919 | 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 |
| 2920 | 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 |
| 2921 | 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 |
| 2922 | 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 |
| 2923 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2924 | 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 |
| 2925 | 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 |
| 2926 | 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 |
| 2927 | 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 |
| 2928 | 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 |
| 2929 | 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 |
| 2930 | 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 |
| 2931 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 2933 | 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 |
| 2934 | Pantoprazolum | Panrazol, tabl. dojel., 40 mg | 28 szt. | 5909991231378 | 2015-11-01 - 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 | 8,95 | 12,80 | 12,80 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 6,40 |
| 2935 | 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 |
| 2936 | 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 |
| 2937 | 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 |
| 2938 | 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 |
| 2939 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2940 | 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 |
| 2941 | 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 |
| 2942 | 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 |
| 2943 | Pantoprazolum | Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg | 28 szt. | 5909991139759 | 2015-11-01 - 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 | 4,46 | 6,61 | 6,61 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia | 50% | 3,31 |
| 2944 | 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 |
| 2945 | 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 |
| 2946 | 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 |
| 2947 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2948 | 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 |
| 2949 | 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 |
| 2950 | 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 |
| 2951 | 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 |
| 2952 | 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 |
| 2953 | 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 |
| 2954 | 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 |
| 2955 | 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 |
| 2956 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2957 | 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 |
| 2958 | 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 |
| 2959 | 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 |
| 2960 | 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 |
| 2961 | 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 |
| 2962 | 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 |
| 2963 | 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 |
| 2964 | 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 |
| 2965 | 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 |
| 2966 | 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 |
| 2967 | 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 |
| 2968 | 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 |
| 2969 | 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 |
| 2970 | 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 |
| 2971 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2972 | 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 |
| 2973 | 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 |
| 2974 | 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 |
| 2975 | 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 |
| 2976 | 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 |
| 2977 | 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 |
| 2978 | 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 |
| 2979 | 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 |
| 2980 | 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 |
| 2981 | 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 |
| 2982 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2983 | 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 |
| 2984 | 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 |
| 2985 | 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 |
| 2986 | 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 |
| 2987 | 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 |
| 2988 | 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 |
| 2989 | 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 |
| 2990 | 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 |
| 2991 | 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 |
| 2992 | 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 |
| 2993 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 2994 | 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 |
| 2995 | 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 |
| 2996 | 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 |
| 2997 | 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 |
| 2998 | 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 |
| 2999 | 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 |
| 3000 | 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 |
| 3001 | 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 |
| 3002 | 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 |
| 3003 | 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 |
| 3004 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3005 | 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 |
| 3006 | 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 |
| 3007 | 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 |
| 3008 | 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 |
| 3009 | 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 |
| 3010 | 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 |
| 3011 | 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 |
| 3012 | 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 |
| 3013 | 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 |
| 3014 | 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 |
| 3015 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3016 | 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 |
| 3017 | 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 |
| 3018 | 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 |
| 3019 | 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 |
| 3020 | 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 |
| 3021 | 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 |
| 3022 | 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 |
| 3023 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 3025 | 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 |
| 3026 | 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 |
| 3027 | 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 |
| 3028 | 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 |
| 3029 | 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 |
| 3030 | 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 |
| 3031 | 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 | 26,43 | 21,84 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 11,14 |

| 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** |
| 3032 | 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 |
| 3033 | 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 | 17,99 | 4,37 | 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% | 14,93 |
| 3034 | 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 | 28,39 | 28,39 | 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% | 8,52 |
| 3035 | 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 | 28,16 | 8,73 | 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% | 22,05 |

| 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** |
| 3036 | 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 | 77,61 | 58,23 | 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% | 36,85 |
| 3037 | 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 | 22,61 | 17,47 | 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% | 10,38 |
| 3038 | 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 | 137,75 | 116,46 | 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% | 56,23 |
| 3039 | 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 | 42,85 | 34,94 | 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% | 18,39 |
| 3040 | 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 | 2016-11-01 | 2 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 15,79 | 21,40 | 21,40 | 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% | 6,42 |

| 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** |
| 3041 | Pramipexolum | Oprymea 1,05 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.05 mg | 30 szt. | 5909991238582 | 2016-11-01 | 2 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 38,69 | 49,18 | 49,18 | 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% | 14,75 |
| 3042 | Pramipexolum | Oprymea 1,57 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.57 mg | 30 szt. | 5909991238629 | 2016-11-01 | 2 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 58,03 | 71,52 | 71,52 | 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% | 21,46 |
| 3043 | Pramipexolum | Oprymea 2,1 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2.1 mg | 30 szt. | 5909991238667 | 2016-11-01 | 2 lata | 170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych | 77,37 | 93,80 | 93,80 | 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% | 28,14 |
| 3044 | 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 |
| 3045 | 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 |
| 3046 | 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** |
| 3047 | 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 |
| 3048 | 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 |
| 3049 | 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 |
| 3050 | 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 |
| 3051 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 100 szt. | 5909990641192 | 2015-11-01 - 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 |
| 3052 | Prednisonum | Encorton, tabl., 5 mg | 100 szt. | 5909990641192 | 2015-11-01 | 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 |
| 3053 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3054 | 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 |
| 3055 | 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 | 60,54 | 72,78 | 51,36 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | | ryczałt | 24,62 |
| 3056 | 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 |
| 3057 | 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 | 242,19 | 271,51 | 205,45 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | | ryczałt | 69,26 |
| 3058 | 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 | 30,14 | 37,68 | 25,68 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | | ryczałt | 15,20 |
| 3059 | 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 | 102,73 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | | ryczałt | 7,80 |
| 3060 | 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 | 120,53 | 139,78 | 102,73 | Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym | | ryczałt | 40,25 |
| 3061 | 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 |
| 3062 | 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 |
| 3063 | 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 |
| 3064 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3065 | 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 |
| 3066 | 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 | 7,72 | 7,72 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | nadkomorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL; nadkomorowe zaburzenia rytmu serca - profilaktyka nawrotów; zaburzenia rytmu serca w zespole WPW inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; komorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia | ryczałt | 3,20 |
| 3067 | 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 | 1,46 | 1,93 | 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 | 1,93 |
| 3068 | 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 |
| 3069 | 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 |
| 3070 | 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 |
| 3071 | 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 |
| 3072 | 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 |
| 3073 | 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 |
| 3074 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3075 | Quetiapinum | Alcreno, 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 |
| 3076 | Quetiapinum | Alcreno, 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 |
| 3077 | Quetiapinum | Alcreno, 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 |
| 3078 | Quetiapinum | Alcreno, 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 |
| 3079 | Quetiapinum | Alcreno, 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 |
| 3080 | Quetiapinum | Alcreno, 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 |
| 3081 | 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 |
| 3082 | 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 |
| 3083 | 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 |
| 3084 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3085 | 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 |
| 3086 | 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 |
| 3087 | 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 |
| 3088 | 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 |
| 3089 | 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 |
| 3090 | 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 |
| 3091 | 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 |
| 3092 | 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 |
| 3093 | 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 |
| 3094 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3095 | 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 |
| 3096 | 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 |
| 3097 | 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 |
| 3098 | 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 |
| 3099 | 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 |
| 3100 | 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 |
| 3101 | 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 |
| 3102 | 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 |
| 3103 | 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 |
| 3104 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3105 | 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 |
| 3106 | 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 |
| 3107 | 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 |
| 3108 | 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 |
| 3109 | 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 |
| 3110 | 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 |
| 3111 | 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 |
| 3112 | 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 |
| 3113 | 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 |
| 3114 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3115 | 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 |
| 3116 | 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 |
| 3117 | 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 |
| 3118 | 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 |
| 3119 | 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 |
| 3120 | 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 |
| 3121 | 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 |
| 3122 | 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 |
| 3123 | 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 |
| 3124 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3125 | 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 |
| 3126 | 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 |
| 3127 | 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 |
| 3128 | 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 |
| 3129 | 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 |
| 3130 | 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 |
| 3131 | 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 |
| 3132 | 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 |
| 3133 | 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 |
| 3134 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3135 | 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 |
| 3136 | 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 |
| 3137 | 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 |
| 3138 | 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 |
| 3139 | 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 |
| 3140 | 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 |
| 3141 | 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 |
| 3142 | 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 |
| 3143 | 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 |
| 3144 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3145 | 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 |
| 3146 | 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 |
| 3147 | 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 |
| 3148 | 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 |
| 3149 | 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 |
| 3150 | 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 |
| 3151 | 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 |
| 3152 | 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 |
| 3153 | 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 |
| 3154 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3155 | 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 |
| 3156 | 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 |
| 3157 | 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 |
| 3158 | 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 |
| 3159 | 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 |
| 3160 | 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 |
| 3161 | 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 |
| 3162 | 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 |
| 3163 | 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 |
| 3164 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3165 | 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 |
| 3166 | 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 |
| 3167 | 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 |
| 3168 | 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 |
| 3169 | 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 |
| 3170 | 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 |
| 3171 | 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 |
| 3172 | 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 |
| 3173 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3174 | 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 |
| 3175 | 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 |
| 3176 | 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 |
| 3177 | 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 |
| 3178 | 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 |
| 3179 | 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 |
| 3180 | 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 |
| 3181 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3182 | 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 |
| 3183 | 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 |
| 3184 | 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 |
| 3185 | 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 |
| 3186 | 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 |
| 3187 | 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 |
| 3188 | 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 |
| 3189 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3190 | 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 |
| 3191 | 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 |
| 3192 | 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 |
| 3193 | 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 |
| 3194 | 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 |
| 3195 | 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 |
| 3196 | 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 |
| 3197 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3198 | 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 |
| 3199 | 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 |
| 3200 | 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 |
| 3201 | 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 |
| 3202 | 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 |
| 3203 | 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 |
| 3204 | 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 |
| 3205 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3206 | 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 |
| 3207 | 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 |
| 3208 | 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 |
| 3209 | 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 |
| 3210 | 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 |
| 3211 | 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 |
| 3212 | 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 |
| 3213 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3214 | 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 |
| 3215 | 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 |
| 3216 | 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 |
| 3217 | 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 |
| 3218 | 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 |
| 3219 | 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 |
| 3220 | 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 |
| 3221 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3222 | 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 |
| 3223 | 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 |
| 3224 | 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 |
| 3225 | 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 |
| 3226 | 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 |
| 3227 | 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 |
| 3228 | 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 |
| 3229 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3230 | 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 |
| 3231 | 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 |
| 3232 | 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 |
| 3233 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 5909990936885 | 2016-11-01 | 2 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 14,47 | 18,40 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,51 |
| 3234 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 5909990936854 | 2016-11-01 | 2 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 7,24 | 9,41 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,97 |
| 3235 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 5909990936809 | 2016-11-01 | 2 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 14,47 | 18,40 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 9,51 |
| 3236 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 5909990936779 | 2016-11-01 | 2 lata | 41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny | 7,24 | 9,41 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 4,97 |
| 3237 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,04 |
| 3238 | 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 | 25,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,71 |
| 3239 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,72 |
| 3240 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,00 |
| 3241 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,04 |
| 3242 | 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 | 25,40 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 12,71 |
| 3243 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,72 |

| 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 |
| 3244 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,00 |
| 3245 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,99 |
| 3246 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,70 |
| 3247 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 6,99 |
| 3248 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,70 |
| 3249 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,08 |
| 3250 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,74 |
| 3251 | 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 | 12,70 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 7,08 |
| 3252 | 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 | 6,35 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 3,74 |
| 3253 | 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 |
| 3254 | 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 |
| 3255 | 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 |
| 3256 | 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 |
| 3257 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3258 | 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 |
| 3259 | 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 |
| 3260 | 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 |
| 3261 | 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 |
| 3262 | 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 |
| 3263 | 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 |
| 3264 | 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 |
| 3265 | 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 |
| 3266 | 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 |
| 3267 | 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 |
| 3268 | 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 |
| 3269 | Risedronatum natricum | Risendros 35, tabl. powl., 35 mg | 12 szt. (3 blist.po 4 szt.) | 5909990082629 | 2015-11-01 - 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 | 43,20 | 51,82 | 35,82 | Osteoporoza | osteoporoza posterydowa - profilaktyka | 30% | 26,75 |

| 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 |
| 3270 | 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 |
| 3271 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 1 mg | 20 szt. | 5909990831258 | 2016-03-01 | 3 lata | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 6,48 | 9,56 | 9,56 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3272 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 1 mg | 60 szt. | 5909990831265 | 2016-03-01 | 3 lata | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 16,20 | 22,90 | 22,90 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3273 | 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 | 41,04 | 41,04 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3274 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 2 mg | 60 szt. | 5909990831272 | 2016-03-01 | 3 lata | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 32,40 | 43,04 | 43,04 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3275 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 3 mg | 60 szt. | 5909990831289 | 2016-03-01 | 3 lata | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 48,60 | 62,31 | 62,31 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,84 |
| 3276 | Risperidonum | Orizon, tabl. powl., 4 mg | 60 szt. | 5909990831296 | 2016-03-01 | 3 lata | 178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego | 64,80 | 81,06 | 81,06 | Schizofrenia | | ryczałt | 5,12 |
| 3277 | 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 | 13,63 | 13,63 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3278 | 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 | 25,62 | 25,62 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3279 | 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 | 37,19 | 37,19 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3280 | 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 | 48,48 | 48,48 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3281 | 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 | 9,96 | 9,96 | 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 |
| 3282 | 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 | 19,46 | 19,46 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3283 | 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 | 29,25 | 29,25 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3284 | 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 | 38,77 | 38,77 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3285 | 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 | 8,43 | 8,43 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3286 | 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 | 15,86 | 15,86 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3287 | 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 | 22,90 | 22,90 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3288 | 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 | 10,45 | 10,30 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,35 |
| 3289 | 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 | 28,99 | 28,99 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3290 | 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 | 20,29 | 20,29 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3291 | 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 | 57,13 | 57,13 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3292 | 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 | 28,97 | 28,97 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3293 | 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 | 87,77 | 87,77 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,84 |
| 3294 | 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 | 37,79 | 37,79 | 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 |
| 3295 | 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 | 115,30 | 115,30 | Schizofrenia | | ryczałt | 5,12 |
| 3296 | 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 | 10,46 | 10,30 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,36 |
| 3297 | 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 | 46,85 | 46,85 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3298 | 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 | 20,30 | 20,30 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3299 | 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 | 28,98 | 28,98 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3300 | 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 | 37,80 | 37,80 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3301 | 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 |
| 3302 | 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 |
| 3303 | 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 |
| 3304 | 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 | 10,30 | 10,30 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3305 | 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 | 46,85 | 46,85 | 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** |
| 3306 | 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 | 14,98 | 14,98 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3307 | 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 | 20,51 | 20,51 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3308 | 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 | 30,04 | 30,04 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3309 | 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 | 39,34 | 39,34 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3310 | 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 | 8,43 | 8,43 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3311 | 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 | 15,86 | 15,86 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3312 | 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 | 22,90 | 22,90 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3313 | 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 | 29,70 | 29,70 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3314 | 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 | 9,11 | 9,11 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3315 | 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 | 19,33 | 19,33 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3316 | 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 | 17,23 | 17,23 | Schizofrenia | | ryczałt | 3,20 |
| 3317 | 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 | 36,27 | 36,27 | 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 |
| 3318 | 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 |
| 3319 | 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 |
| 3320 | 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 |
| 3321 | 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 |
| 3322 | 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 |
| 3323 | 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 |
| 3324 | 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** |
| 3325 | 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 |
| 3326 | 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 |
| 3327 | 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 |
| 3328 | 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 |
| 3329 | 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 |
| 3330 | 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 |
| 3331 | 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 |
| 3332 | 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** |
| 3333 | 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 |
| 3334 | 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 |
| 3335 | 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 |
| 3336 | 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 |
| 3337 | 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 |
| 3338 | 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 |
| 3339 | 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 |
| 3340 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3341 | 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 |
| 3342 | 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 |
| 3343 | 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 |
| 3344 | 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 |
| 3345 | 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 |
| 3346 | 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 |
| 3347 | 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 |
| 3348 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3349 | 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 |
| 3350 | 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 |
| 3351 | 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 |
| 3352 | 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 |
| 3353 | 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 |
| 3354 | 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 |
| 3355 | 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 |
| 3356 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3357 | 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 |
| 3358 | 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 |
| 3359 | 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 |
| 3360 | 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 |
| 3361 | 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 |
| 3362 | 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 |
| 3363 | 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 |
| 3364 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3365 | 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 |
| 3366 | 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 |
| 3367 | 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 |
| 3368 | 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 |
| 3369 | 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 |
| 3370 | 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 |
| 3371 | 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 |
| 3372 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3373 | 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 |
| 3374 | 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 |
| 3375 | 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 |
| 3376 | 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 |
| 3377 | 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 |
| 3378 | 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 |
| 3379 | 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 |
| 3380 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3381 | 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 |
| 3382 | 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 |
| 3383 | 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 |
| 3384 | 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 |
| 3385 | 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 |
| 3386 | 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 |
| 3387 | 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 |
| 3388 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3389 | 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 |
| 3390 | 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 |
| 3391 | 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 |
| 3392 | 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 |
| 3393 | 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 | 28,34 | 27,17 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 9,32 |
| 3394 | 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 | 54,35 | 54,35 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 16,31 |
| 3395 | 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 | 108,70 | 108,70 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 32,61 |
| 3396 | 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 | 39,68 | 27,17 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 20,66 |
| 3397 | 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 | 76,75 | 54,35 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 38,71 |
| 3398 | 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 | 148,79 | 108,70 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 72,70 |
| 3399 | 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 | 38,17 | 25,48 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 20,33 |

| 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 |
| 3400 | 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 | 8,12 | 5,10 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,55 |
| 3401 | 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 | 15,80 | 10,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 8,67 |
| 3402 | 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 | 29,61 | 20,38 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 15,34 |
| 3403 | 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 | 60,58 | 50,95 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 24,92 |
| 3404 | 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 | 34,01 | 27,17 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 14,99 |
| 3405 | 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 | 66,54 | 54,35 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 28,50 |
| 3406 | 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 | 123,84 | 108,70 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 47,75 |
| 3407 | 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 | 30,61 | 27,17 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 11,59 |
| 3408 | 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 | 68,81 | 54,35 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 30,77 |
| 3409 | 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 | 132,91 | 108,70 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 56,82 |
| 3410 | 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 | 38,89 | 27,17 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 19,87 |
| 3411 | 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 | 75,19 | 54,35 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 37,15 |
| 3412 | 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 | 145,65 | 108,70 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 69,56 |

| 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** |
| 3413 | 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 | 38,89 | 27,17 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 19,87 |
| 3414 | 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 | 75,18 | 54,35 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 37,14 |
| 3415 | 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 | 145,65 | 108,70 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 69,56 |
| 3416 | 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 | 38,55 | 27,17 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 19,53 |
| 3417 | 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 | 74,48 | 54,35 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 36,44 |
| 3418 | 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 | 146,52 | 108,70 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 70,43 |
| 3419 | 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 | 7,76 | 5,10 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 4,19 |
| 3420 | 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 | 15,25 | 10,19 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 8,12 |
| 3421 | 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 | 29,44 | 20,38 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 15,17 |
| 3422 | 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 | 70,34 | 50,95 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 34,68 |
| 3423 | 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 | 40,58 | 27,17 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 21,56 |
| 3424 | 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 | 78,58 | 54,35 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 40,54 |
| 3425 | 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 | 152,42 | 108,70 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 76,33 |

| 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 |
| 3426 | 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 | 39,51 | 27,17 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 20,49 |
| 3427 | 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 | 109,03 | 81,52 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 51,97 |
| 3428 | 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 | 76,18 | 54,35 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 38,14 |
| 3429 | 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 | 211,23 | 163,05 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 97,10 |
| 3430 | 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 | 147,66 | 108,70 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 71,57 |
| 3431 | 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 | 411,64 | 326,10 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 183,37 |
| 3432 | 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 | 38,49 | 27,17 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 19,47 |
| 3433 | 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 | 74,37 | 54,35 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 36,33 |
| 3434 | 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 | 144,02 | 108,70 | Choroba i zespół Parkinsona | | 30% | 67,93 |
| 3435 | 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 |
| 3436 | 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 |
| 3437 | 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 |
| 3438 | 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** |
| 3439 | 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 |
| 3440 | 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 |
| 3441 | 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 |
| 3442 | 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 |
| 3443 | 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 |
| 3444 | 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 |
| 3445 | 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 |
| 3446 | 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 |
| 3447 | 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 |
| 3448 | 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 |
| 3449 | 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 |
| 3450 | 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 |
| 3451 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3452 | 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 |
| 3453 | 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 |
| 3454 | 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 |
| 3455 | 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 |
| 3456 | 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 |
| 3457 | 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 |
| 3458 | 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 |
| 3459 | 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 |
| 3460 | 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 |
| 3461 | 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 |
| 3462 | 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 |
| 3463 | 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 |
| 3464 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3465 | 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 |
| 3466 | 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 |
| 3467 | 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 |
| 3468 | 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 |
| 3469 | 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 |
| 3470 | 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 |
| 3471 | 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 |
| 3472 | 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 |
| 3473 | 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 |
| 3474 | 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 |
| 3475 | 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 |
| 3476 | 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 |
| 3477 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3478 | 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 |
| 3479 | 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 |
| 3480 | 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 |
| 3481 | 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 |
| 3482 | 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 |
| 3483 | 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 |
| 3484 | 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 |
| 3485 | 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 |
| 3486 | 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 |
| 3487 | 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 |
| 3488 | 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 |
| 3489 | 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 |
| 3490 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3491 | 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 |
| 3492 | 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 |
| 3493 | 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 |
| 3494 | 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 |
| 3495 | 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 |
| 3496 | 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 |
| 3497 | 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 |
| 3498 | 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 |
| 3499 | 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 |
| 3500 | 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 |
| 3501 | 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 |
| 3502 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3503 | 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 |
| 3504 | 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 |
| 3505 | 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 |
| 3506 | 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 |
| 3507 | 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 |
| 3508 | 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 |
| 3509 | 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 |
| 3510 | 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 |
| 3511 | 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 |
| 3512 | 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 |
| 3513 | 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 |
| 3514 | 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 |
| 3515 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3516 | 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 |
| 3517 | 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 |
| 3518 | 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 |
| 3519 | 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 |
| 3520 | 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 |
| 3521 | 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 |
| 3522 | 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 |
| 3523 | 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 |
| 3524 | 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 |
| 3525 | 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 |
| 3526 | 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 |
| 3527 | 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 |
| 3528 | 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 |
| 3529 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3530 | 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 |
| 3531 | 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 |
| 3532 | 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 |
| 3533 | 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 |
| 3534 | 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 |
| 3535 | 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 |
| 3536 | 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 |
| 3537 | 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 |
| 3538 | 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 |
| 3539 | 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 |
| 3540 | 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 |
| 3541 | 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 |
| 3542 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3543 | 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 |
| 3544 | 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 |
| 3545 | 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 |
| 3546 | 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 |
| 3547 | 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 |
| 3548 | 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 |
| 3549 | 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 |
| 3550 | 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 |
| 3551 | 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 |
| 3552 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3553 | 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 |
| 3554 | 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 |
| 3555 | 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 |
| 3556 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909991048488 | 2015-11-01 - 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 |
| 3557 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3558 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909991048495 | 2015-11-01 - 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 |
| 3559 | 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 |
| 3560 | 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 |
| 3561 | 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 |
| 3562 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3563 | 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 |
| 3564 | 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 |
| 3565 | 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 |
| 3566 | 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 |
| 3567 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3568 | 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 |
| 3569 | 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 |
| 3570 | 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 |
| 3571 | 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 |
| 3572 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3573 | 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 |
| 3574 | 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 |
| 3575 | 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 |
| 3576 | 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 |
| 3577 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3578 | 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 |
| 3579 | 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 |
| 3580 | 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 |
| 3581 | 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 |
| 3582 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3583 | 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 |
| 3584 | 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 |
| 3585 | 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 |
| 3586 | 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 |
| 3587 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3588 | 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 |
| 3589 | 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 |
| 3590 | 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 |
| 3591 | 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 |
| 3592 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3593 | 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 |
| 3594 | 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 |
| 3595 | 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 |
| 3596 | 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 |
| 3597 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3598 | 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 |
| 3599 | 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 |
| 3600 | 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 |
| 3601 | 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 |
| 3602 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3603 | 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 |
| 3604 | 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 |
| 3605 | 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 |
| 3606 | 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 |
| 3607 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3608 | 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 |
| 3609 | 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 |
| 3610 | 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 |
| 3611 | 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 |
| 3612 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3613 | 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 |
| 3614 | 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 |
| 3615 | 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 |
| 3616 | 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 |
| 3617 | 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 |
| 3618 | 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 |
| 3619 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3620 | 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 |
| 3621 | 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 |
| 3622 | 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 |
| 3623 | 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 |
| 3624 | 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 |
| 3625 | 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 |
| 3626 | 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 |
| 3627 | 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 |
| 3628 | 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 |
| 3629 | 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 |
| 3630 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3631 | 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 |
| 3632 | 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 |
| 3633 | 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 |
| 3634 | 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 |
| 3635 | 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 |
| 3636 | 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 |
| 3637 | 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 |
| 3638 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3639 | 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 |
| 3640 | 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 |
| 3641 | 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 |
| 3642 | 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 |
| 3643 | 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 |
| 3644 | 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 |
| 3645 | 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 |
| 3646 | 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 |
| 3647 | 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 |
| 3648 | 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 |
| 3649 | 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 |
| 3650 | 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 |
| 3651 | 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 |
| 3652 | 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 |
| 3653 | 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 |
| 3654 | 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 |
| 3655 | 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 |
| 3656 | 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 |
| 3657 | 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 |
| 3658 | 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 |
| 3659 | 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 |
| 3660 | 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 |
| 3661 | 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 |
| 3662 | 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 |
| 3663 | 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 |
| 3664 | 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 |
| 3665 | 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 |
| 3666 | 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 |
| 3667 | 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 |
| 3668 | 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 |
| 3669 | 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 |
| 3670 | 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 |
| 3671 | 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** |
| 3672 | 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 |
| 3673 | 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 |
| 3674 | 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 |
| 3675 | 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 |
| 3676 | 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 |
| 3677 | 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 |
| 3678 | 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 |
| 3679 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3680 | 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 |
| 3681 | 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 |
| 3682 | 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 |
| 3683 | 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 |
| 3684 | 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 |
| 3685 | 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 |
| 3686 | 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 |
| 3687 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3688 | 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 |
| 3689 | 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 |
| 3690 | 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 |
| 3691 | Tacrolimusum | Taliximun, kaps. twarde, 0.5 mg | 30 szt. | 5909990836857 | 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 | 51,55 | 64,02 | 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 | 6,41 |
| 3692 | Tacrolimusum | Taliximun, kaps. twarde, 1 mg | 30 szt. | 5909990836888 | 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 | 109,09 | 128,43 | 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 | 10,01 |
| 3693 | Tacrolimusum | Taliximun, kaps. twarde, 5 mg | 30 szt. | 5909990836949 | 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 | 538,92 | 591,84 | 591,84 | 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 |
| 3694 | 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 |
| 3695 | 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 |
| 3696 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3697 | 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 |
| 3698 | 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 |
| 3699 | 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 |
| 3700 | 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 |
| 3701 | 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 |
| 3702 | 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 |
| 3703 | 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 |
| 3704 | 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 |
| 3705 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3706 | 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 |
| 3707 | 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 |
| 3708 | 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 |
| 3709 | 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 |
| 3710 | 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 |
| 3711 | 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 |
| 3712 | 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 |
| 3713 | 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 |
| 3714 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3715 | 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 |
| 3716 | 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 |
| 3717 | 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 |
| 3718 | 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 |
| 3719 | 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 |
| 3720 | 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 |
| 3721 | 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 |
| 3722 | 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 |
| 3723 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3724 | 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 |
| 3725 | 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 |
| 3726 | 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 |
| 3727 | 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 |
| 3728 | 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 |
| 3729 | 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 |
| 3730 | 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 |
| 3731 | 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 |
| 3732 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3733 | 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 |
| 3734 | 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 |
| 3735 | 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 |
| 3736 | 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 |
| 3737 | 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 |
| 3738 | 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 |
| 3739 | 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 |
| 3740 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3741 | 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 |
| 3742 | 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 |
| 3743 | 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 |
| 3744 | 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 |
| 3745 | 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 |
| 3746 | 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 |
| 3747 | 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 |
| 3748 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3749 | 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 |
| 3750 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909991060220 | 2015-11-01 - 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 | 9,40 | 13,38 | 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% | 4,84 |
| 3751 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 80 mg | 28 szt. | 5909991060268 | 2015-11-01 - 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 | 18,79 | 25,25 | 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% | 8,17 |
| 3752 | 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 |
| 3753 | 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 |
| 3754 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 5909991036768 | 2015-11-01 - 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 | 10,21 | 14,23 | 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% | 5,69 |
| 3755 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 5909991229801 | 2015-11-01 - 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 | 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 |
| 3756 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 5909991036867 | 2015-11-01 - 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 | 20,41 | 26,95 | 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% | 9,87 |

| 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 |
| 3757 | 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 |
| 3758 | 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 |
| 3759 | 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 |
| 3760 | 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 |
| 3761 | 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 |
| 3762 | 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 |
| 3763 | 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 |
| 3764 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3765 | 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 |
| 3766 | 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 |
| 3767 | 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 |
| 3768 | 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 |
| 3769 | 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 |
| 3770 | 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 |
| 3771 | 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 |
| 3772 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3773 | 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 |
| 3774 | 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 |
| 3775 | 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 |
| 3776 | 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 |
| 3777 | 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 |
| 3778 | 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 |
| 3779 | 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 |
| 3780 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3781 | 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 |
| 3782 | 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 |
| 3783 | 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 |
| 3784 | 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 |
| 3785 | 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 |
| 3786 | 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 |
| 3787 | 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 |
| 3788 | 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 |
| 3789 | 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 |
| 3790 | 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 |
| 3791 | 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 |
| 3792 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3793 | 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 |
| 3794 | 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 |
| 3795 | 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 |
| 3796 | 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 |
| 3797 | 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 |
| 3798 | 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 |
| 3799 | 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 |
| 3800 | 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 |
| 3801 | 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 |
| 3802 | 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 |
| 3803 | 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 |
| 3804 | 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 |
| 3805 | 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 |
| 3806 | 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 |
| 3807 | 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 |
| 3808 | 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 |
| 3809 | 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 |
| 3810 | 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 |
| 3811 | 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 |
| 3812 | 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 |
| 3813 | 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 |
| 3814 | 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 |
| 3815 | 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 |
| 3816 | 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 |
| 3817 | 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 |
| 3818 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3819 | 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 |
| 3820 | 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 |
| 3821 | 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 |
| 3822 | 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 |
| 3823 | 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 |
| 3824 | 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 |
| 3825 | 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 |
| 3826 | 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 |
| 3827 | 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 |
| 3828 | 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 |
| 3829 | 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 |
| 3830 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3831 | 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 |
| 3832 | 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 |
| 3833 | 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 |
| 3834 | 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 |
| 3835 | 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 |
| 3836 | 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 |
| 3837 | 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 |
| 3838 | 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 |
| 3839 | 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 |
| 3840 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3841 | 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 |
| 3842 | 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 |
| 3843 | 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 |
| 3844 | 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 |
| 3845 | 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 |
| 3846 | 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 |
| 3847 | 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 |
| 3848 | 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 |
| 3849 | 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 |
| 3850 | 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 |
| 3851 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 3853 | 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 |
| 3854 | 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 |
| 3855 | 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 |
| 3856 | 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 |
| 3857 | 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 |
| 3858 | 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 |
| 3859 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3860 | 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 |
| 3861 | 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 |
| 3862 | 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 |
| 3863 | 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 |
| 3864 | 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 |
| 3865 | 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 |
| 3866 | 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 |
| 3867 | 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 |
| 3868 | 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 |
| 3869 | 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 |
| 3870 | Tianeptinum | Tymogen, tabl. powl., 12.5 mg | 30 szt. | 5909990944590 | 2015-11-01 | 3 lata | 187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne | 15,04 | 18,23 | 8,49 | Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe | | 30% | 12,29 |
| 3871 | 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 |
| 3872 | 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 |
| 3873 | 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 |
| 3874 | 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 |
| 3875 | 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 |
| 3876 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3877 | 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 |
| 3878 | 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 |
| 3879 | 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 |
| 3880 | 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 |
| 3881 | 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 |
| 3882 | 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 |
| 3883 | 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 |
| 3884 | 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 |
| 3885 | 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 |
| 3886 | 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 |
| 3887 | 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 |
| 3888 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3889 | 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 |
| 3890 | 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 |
| 3891 | 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 |
| 3892 | 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 |
| 3893 | 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 |
| 3894 | 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 |
| 3895 | 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 |
| 3896 | 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 |
| 3897 | 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 |
| 3898 | 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 |
| 3899 | 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 |
| 3900 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3901 | 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 |
| 3902 | 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 |
| 3903 | 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 |
| 3904 | 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 |
| 3905 | 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 |
| 3906 | 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 |
| 3907 | 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 |
| 3908 | 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 |
| 3909 | 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 |
| 3910 | 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 |
| 3911 | 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 |
| 3912 | 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 |
| 3913 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3914 | 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 |
| 3915 | 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 |
| 3916 | 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 |
| 3917 | 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 |
| 3918 | 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 |
| 3919 | 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 |
| 3920 | 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 |
| 3921 | 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 |
| 3922 | 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 |
| 3923 | 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 |
| 3924 | 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 |
| 3925 | 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 |
| 3926 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3927 | 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 |
| 3928 | 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 |
| 3929 | 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 |
| 3930 | 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 |
| 3931 | 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 |
| 3932 | 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 |
| 3933 | 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 |
| 3934 | 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 |
| 3935 | 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 |
| 3936 | 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 |
| 3937 | 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 |
| 3938 | 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 |
| 3939 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3940 | 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 |
| 3941 | 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 |
| 3942 | 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 |
| 3943 | 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 |
| 3944 | 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 |
| 3945 | 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 |
| 3946 | 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 |
| 3947 | 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 |
| 3948 | 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 |
| 3949 | 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 |
| 3950 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3951 | 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 |
| 3952 | 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 |
| 3953 | 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 |
| 3954 | 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 |
| 3955 | 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 |
| 3956 | 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 |
| 3957 | 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 |
| 3958 | 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 |
| 3959 | 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 |
| 3960 | 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 |
| 3961 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3962 | 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 |
| 3963 | 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 |
| 3964 | 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 |
| 3965 | 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 |
| 3966 | 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 |
| 3967 | 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 |
| 3968 | 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 |
| 3969 | 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 |
| 3970 | 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 |
| 3971 | 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 |
| 3972 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 3973 | 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 |
| 3974 | 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 |
| 3975 | 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 |
| 3976 | 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 |
| 3977 | 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 |
| 3978 | 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 |
| 3979 | 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 |
| 3980 | 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 |
| 3981 | 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 |
| 3982 | 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 |
| 3983 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3984 | 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 |
| 3985 | 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 |
| 3986 | 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 |
| 3987 | 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 |
| 3988 | 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 |
| 3989 | 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 |
| 3990 | 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 |
| 3991 | 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 |
| 3992 | 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 |
| 3993 | 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 |
| 3994 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 3995 | 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 |
| 3996 | 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 |
| 3997 | 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 |
| 3998 | 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 |
| 3999 | 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 |
| 4000 | 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 |
| 4001 | 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 |
| 4002 | 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 |
| 4003 | 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 |
| 4004 | 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 |
| 4005 | 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** |
| 4006 | 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 |
| 4007 | 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 |
| 4008 | 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 |
| 4009 | 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 |
| 4010 | 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 |
| 4011 | 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 |
| 4012 | 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 |
| 4013 | 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 |
| 4014 | 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 |
| 4015 | 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 |
| 4016 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4017 | 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 |
| 4018 | 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 |
| 4019 | 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 |
| 4020 | 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 |
| 4021 | 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 |
| 4022 | 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 |
| 4023 | 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 |
| 4024 | 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 |
| 4025 | 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 |
| 4026 | 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 |
| 4027 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4028 | 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 |
| 4029 | 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 |
| 4030 | 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 |
| 4031 | 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 |
| 4032 | 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 |
| 4033 | 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 |
| 4034 | 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 |
| 4035 | 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 |
| 4036 | 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 |
| 4037 | 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 |
| 4038 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4039 | 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 |
| 4040 | 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 |
| 4041 | 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 |
| 4042 | 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 |
| 4043 | 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 |
| 4044 | 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 |
| 4045 | 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 |
| 4046 | 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 |
| 4047 | 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 |
| 4048 | 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 |
| 4049 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4050 | 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 |
| 4051 | 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 |
| 4052 | 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 |
| 4053 | 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 |
| 4054 | 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 |
| 4055 | 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 |
| 4056 | 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 |
| 4057 | 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 |
| 4058 | 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 |
| 4059 | 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 |
| 4060 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 + 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 |
| 4062 | 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 |
| 4063 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 20 szt. | 5909991283735 | 2016-11-01 | 2 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 |
| 4064 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 20 szt. | 5909991283735 | 2016-11-01 | 2 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 |
| 4065 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 30 szt. | 5909991283742 | 2016-11-01 | 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 |
| 4066 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 30 szt. | 5909991283742 | 2016-11-01 | 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 |
| 4067 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 5909991283759 | 2016-11-01 | 2 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 |
| 4068 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 60 szt. | 5909991283759 | 2016-11-01 | 2 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 |
| 4069 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 5909991283766 | 2016-11-01 | 2 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 |
| 4070 | Tramadolum + Paracetamolum | Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg | 90 szt. | 5909991283766 | 2016-11-01 | 2 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 |
| 4071 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4072 | 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 |
| 4073 | 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 |
| 4074 | 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 |
| 4075 | 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 |
| 4076 | 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 |
| 4077 | 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 |
| 4078 | 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 |
| 4079 | 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 |
| 4080 | 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 |
| 4081 | 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 |
| 4082 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4083 | 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 |
| 4084 | 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 |
| 4085 | 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 |
| 4086 | 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 |
| 4087 | 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 |
| 4088 | 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 |
| 4089 | Triamcinolonum | Polcortolon, tabl., 4 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 5909990915446 | 2015-11-01 | 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 |
| 4090 | 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 |
| 4091 | 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 |
| 4092 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4093 | 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 |
| 4094 | 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 |
| 4095 | Umeclidinii bromidum | Incruse, 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 |
| 4096 | Umeclidinii bromidum + Vilanterolum | Anoro, 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 |
| 4097 | 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 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli | | ryczałt | 3,20 |
| 4098 | 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 | 540,00 | 593,68 | 593,68 | 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 | 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 |
| 4099 | 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 | 820,48 | 593,68 | 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 | 230,00 |
| 4100 | 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 | 990,58 | 593,68 | 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 | 400,10 |
| 4101 | 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 | 1017,34 | 109,94 | 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 | 910,60 |
| 4102 | 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 | 814,81 | 593,68 | <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 | 224,33 |

| 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** |
| 4103 | 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 | 680,40 | 741,10 | 593,68 | <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 | 150,62 |
| 4104 | 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 |
| 4105 | 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 |
| 4106 | 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 |
| 4107 | 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 |
| 4108 | 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 |
| 4109 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4110 | 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 |
| 4111 | Valsartanum | Axudan, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 5909991225971 | 2015-11-01 - 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 | 16,39 | 22,74 | 22,74 | 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% | 6,82 |
| 4112 | 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 |
| 4113 | 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 |
| 4114 | 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 |
| 4115 | 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 |
| 4116 | Valsartanum | Axudan, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 5909991225988 | 2015-11-01 - 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 | 8,19 | 12,11 | 12,11 | 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% | 3,63 |
| 4117 | 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** |
| 4118 | 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 |
| 4119 | Valsartanum | Axudan, tabl. powl., 80 mg | 56 szt. | 5909990830985 | 2015-11-01 - 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 | 16,20 | 22,53 | 22,53 | 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% | 6,76 |
| 4120 | 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 |
| 4121 | 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 |
| 4122 | 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 |
| 4123 | 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 |
| 4124 | 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 |
| 4125 | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4126 | 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 |
| 4127 | 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 |
| 4128 | 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 |
| 4129 | 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 |
| 4130 | 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 |
| 4131 | 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 |
| 4132 | 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 |
| 4133 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4134 | 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 |
| 4135 | 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 |
| 4136 | 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 |
| 4137 | 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 |
| 4138 | 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 |
| 4139 | 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 |
| 4140 | 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 |
| 4141 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4142 | 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 |
| 4143 | 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 |
| 4144 | 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 |
| 4145 | 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 |
| 4146 | 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 |
| 4147 | 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 |
| 4148 | 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 |
| 4149 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4150 | 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 |
| 4151 | 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 |
| 4152 | 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 |
| 4153 | 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 |
| 4154 | 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 |
| 4155 | 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 |
| 4156 | 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 |
| 4157 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4158 | 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 |
| 4159 | 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 |
| 4160 | 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 |
| 4161 | 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 |
| 4162 | 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 |
| 4163 | 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 |
| 4164 | 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 |
| 4165 | 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 |
| 4166 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 + 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 |
| 4168 | 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 |
| 4169 | 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 |
| 4170 | 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 |
| 4171 | 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 |
| 4172 | 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 |
| 4173 | 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 |
| 4174 | 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 |
| 4175 | 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 |
| 4176 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 56 szt. | 5909990830008 | 2015-11-01 | 3 lata | 45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone | 34,56 | 44,82 | 44,82 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | | 30% | 13,45 |
| 4177 | 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 |
| 4178 | 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 |
| 4179 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4180 | 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 |
| 4181 | 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 |
| 4182 | 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 |
| 4183 | 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 |
| 4184 | 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 |
| 4185 | 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 |
| 4186 | 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 |
| 4187 | 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 |
| 4188 | 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 |
| 4189 | 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 |
| 4190 | 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 |
| 4191 | 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 |
| 4192 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4193 | 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 |
| 4194 | 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 |
| 4195 | 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 |
| 4196 | 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 |
| 4197 | 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 |
| 4198 | 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 |
| 4199 | 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 |
| 4200 | 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 |
| 4201 | 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 |
| 4202 | 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 |
| 4203 | 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 |
| 4204 | 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 |
| 4205 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4206 | 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 |
| 4207 | 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 |
| 4208 | 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 |
| 4209 | 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 |
| 4210 | 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 |
| 4211 | 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 |
| 4212 | 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 |
| 4213 | 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 |
| 4214 | 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 |
| 4215 | 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 |
| 4216 | 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 |
| 4217 | 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 |
| 4218 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4219 | 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 |
| 4220 | 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 |
| 4221 | 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 |
| 4222 | 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 |
| 4223 | 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 |
| 4224 | 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 |
| 4225 | 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 |
| 4226 | 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 |
| 4227 | 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 |
| 4228 | 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 |
| 4229 | 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 |
| 4230 | 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 |
| 4231 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 4233 | 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 |
| 4234 | 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 |
| 4235 | 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 |
| 4236 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909991265717 | 2016-07-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4237 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990047956 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4238 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 tabl. | 5909991197735 | 2018-03-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4239 | 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>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4240 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909991265694 | 2016-07-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4241 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990047895 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4242 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 60 tabl. | 5909991197728 | 2018-03-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4243 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990660650 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4244 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990660636 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4245 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990660643 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4246 | 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>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4247 | 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>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4248 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990715374 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4249 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. | 5909990715299 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4250 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990715350 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4251 | Venlafaxinum | Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990721528 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4252 | Venlafaxinum | Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. | 5909990721498 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4253 | Venlafaxinum | Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990721504 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4254 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990691883 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4255 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. | 5909990691760 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4256 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990691906 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4257 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990673803 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4258 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg | 28 szt. | 5909990673728 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4259 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990673766 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4260 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990795826 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4261 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 98 szt. | 5909990795833 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4262 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 szt. | 5909990795802 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4263 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 98 szt. | 5909990795819 | 2016-07-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4264 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990795789 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4265 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 98 szt. | 5909990795796 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4266 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990727520 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4267 | 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>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4268 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990727506 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4269 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909991092030 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4270 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg | 28 kaps. | 5909991135096 | 2018-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4271 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909991091996 | 2016-05-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4272 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 37.5 mg | 28 szt. | 5909991093815 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4273 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 37.5 mg | 56 szt. | 5909991093822 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4274 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 75 mg | 28 szt. | 5909991093914 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4275 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 75 mg | 56 szt. | 5909991093921 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 4276 | 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>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4277 | 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>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4278 | 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>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4279 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990767625 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4280 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990767601 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4281 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990424672 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4282 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990040971 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4283 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990040995 | 2016-01-01 - dla kolumny 12, <1>01.05.2017/<2>01.09.2018 - 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 |
| 4284 | 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 |
| 4285 | 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 |
| 4286 | 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 |
| 4287 | 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 |
| 4288 | 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 |
| 4289 | 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 |
| 4290 | 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 |
| 4291 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 4292 | 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 |
| 4293 | 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 |
| 4294 | 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 |
| 4295 | Voriconazolum | Voriconazole Actavis, tabl. powl., 200 mg | 20 szt. | 5909991248437 | 2016-11-01 - 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 |
| 4296 | 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 |
| 4297 | Voriconazolum | Voriconazole Mylan, tabl. powl., 200 mg | 20 szt. | 5909991191917 | 2016-11-01 - 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 | 162,00 | 185,47 | 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 | 20,67 |
| 4298 | 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 |
| 4299 | Voriconazolum | Voriconazole Stada, tabl. powl., 200 mg | 14 szt. | 5909991190156 | 2016-11-01 - 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 | 156,60 | 177,74 | 117,60 | We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji | profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności | ryczałt | 63,34 |

| 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 |
| 4300 | 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 |
| 4301 | 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 |
| 4302 | 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 |
| 4303 | 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 |
| 4304 | 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 |
| 4305 | 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 |
| 4306 | 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 |
| 4307 | 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 |
| 4308 | 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 |
| 4309 | 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 | 450 g | 8718117603268 | 2015-11-01 | 3 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 25,38 | 31,73 | 21,68 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 16,55 |
| 2 | Dieta eliminacyjna mlekozastępcza | Bebilon pepti 2 DHA, proszek | 450 g | 8718117603275 | 2015-11-01 | 3 lata | 217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka | 26,60 | 34,61 | 33,81 | Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe | | 30% | 10,94 |
| 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 | 44,89 | 22,44 | 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% | 29,18 |
| 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 | 48,79 | 44,20 | 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% | 17,85 |
| 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 | 48,14 | 48,14 | 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% | 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** |
| 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 | 2015-11-01 | 3 lata | 216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż. | 507,15 | 558,32 | 558,32 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 31 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Anamix junior (o smaku neutralnym), proszek | 1080 g (30 sasz.po 36 g) | 5016533648263 | 2015-11-01 | 3 lata | 216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż. | 507,15 | 558,32 | 558,32 | 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 | 2015-11-01 | 3 lata | 216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż. | 507,15 | 558,32 | 558,32 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 33 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Anamix junior (o smaku pomarańczowym), proszek | 1080 g (30 sasz.po 36 g) | 5016533648249 | 2015-11-01 | 3 lata | 216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż. | 507,15 | 558,32 | 558,32 | Fenyloketonuria | | ryczałt | 3,20 |
| 34 | Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii | PKU Anamix junior (o smaku waniliowym), proszek | 1080 g (30 sasz.po 36 g) | 5016533648287 | 2015-11-01 | 3 lata | 216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż. | 507,15 | 558,32 | 558,32 | 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 | 20,32 | 15,61 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,39 |
| 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 | 20,32 | 15,61 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 4,71 |
| 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 | 34,73 | 28,25 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,96 |

| 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** |
| 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 | 34,73 | 28,25 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 6,48 |
| 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 | 15,83 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,92 |
| 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 | 15,83 | 14,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,67 |
| 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 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 17,60 | 23,68 | 22,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,19 |
| 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 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 17,60 | 23,68 | 22,13 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,55 |
| 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 | 11,12 | 7,97 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,54 |
| 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 | 11,12 | 7,97 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,15 |
| 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 | 31,06 | 20,07 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 17,01 |
| 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 | 31,06 | 20,07 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 10,99 |

| 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** |
| 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 | 16,86 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,95 |
| 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 | 16,86 | 14,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,70 |
| 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 | 40,97 | 31,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,67 |
| 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 | 40,97 | 31,86 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 9,11 |
| 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 | 56,64 | 56,64 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,99 |
| 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 | 56,64 | 56,64 | 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 | 41,66 | 40,92 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,02 |
| 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 | 41,66 | 40,92 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,74 |
| 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 | 63,54 | 63,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 19,06 |

| 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** |
| 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 | 63,54 | 63,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 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 | 19,18 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,27 |
| 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 | 19,18 | 14,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 5,02 |
| 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 | 41,09 | 31,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,79 |
| 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 | 41,09 | 31,86 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 9,23 |
| 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 | 100,06 | 84,96 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 40,59 |
| 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 | 100,06 | 84,96 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 15,10 |
| 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 | 15,96 | 12,74 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,04 |
| 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 | 15,96 | 12,74 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 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** |
| 51 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455127405 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 15,34 | 19,98 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,07 |
| 52 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455127405 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 15,34 | 19,98 | 14,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 5,82 |
| 53 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455127450 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 34,56 | 42,79 | 31,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,49 |
| 54 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455127450 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 34,56 | 42,79 | 31,86 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 10,93 |
| 55 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 20x30 cm² | 1 szt. | 0768455127481 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 91,80 | 108,00 | 84,96 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 48,53 |
| 56 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 20x30 cm² | 1 szt. | 0768455127481 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 91,80 | 108,00 | 84,96 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 23,04 |
| 57 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 0768455127375 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 3,94 | 5,32 | 3,54 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,84 |
| 58 | Emplastri antimicrobiotica | Aquacel Ag Extra opatrunek hydrofiber z dodatkiem srebra i włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 0768455127375 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany | 3,94 | 5,32 | 3,54 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,78 |
| 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 | 27,36 | 24,64 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 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 obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 | 27,36 | 24,64 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,72 |
| 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 | 57,60 | 55,44 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,79 |
| 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 | 57,60 | 55,44 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,16 |
| 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 | 74,92 | 73,92 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 23,18 |
| 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 | 74,92 | 73,92 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,00 |
| 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 | 98,39 | 98,39 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 29,52 |
| 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 | 98,39 | 98,39 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 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 | 27,36 | 24,64 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,11 |
| 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 | 27,36 | 24,64 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,72 |

| 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** |
| 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 | 41,04 | 38,50 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,09 |
| 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 | 41,04 | 38,50 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,54 |
| 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 | 76,29 | 75,46 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 23,47 |
| 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 | 76,29 | 75,46 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,83 |
| 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 | 69,49 | 68,30 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 21,68 |
| 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 | 69,49 | 68,30 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,19 |
| 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 | 83,83 | 83,28 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 25,53 |
| 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 | 83,83 | 83,28 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,55 |
| 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 | 107,67 | 107,67 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 32,30 |

| 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** |
| 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 | 107,67 | 107,67 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 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 | 177,33 | 177,33 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 53,20 |
| 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 | 177,33 | 177,33 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 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 | 41,03 | 31,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 18,73 |

| 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** |
| 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 | 41,03 | 31,86 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 9,17 |
| 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 | 52,95 | 45,88 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,83 |
| 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 | 67,40 | 53,81 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 29,73 |
| 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 | 67,40 | 53,81 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 13,59 |
| 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 | 83,01 | 74,91 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 30,57 |
| 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 | 19,18 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,27 |
| 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 | 19,18 | 14,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 5,02 |
| 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 | 33,56 | 28,32 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 13,74 |
| 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 | 33,56 | 28,32 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 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** |
| 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 | 38,59 | 31,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 16,29 |
| 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 | 38,59 | 31,86 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 6,73 |
| 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 | 64,42 | 56,64 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 24,77 |
| 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 | 64,42 | 56,64 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 7,78 |
| 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 | 18,61 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,70 |
| 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 | 18,61 | 14,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 4,45 |
| 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 | 39,62 | 31,86 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 17,32 |
| 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 | 39,62 | 31,86 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 7,76 |
| 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 | 24,13 | 18,69 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,05 |

| 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** |
| 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 | 24,13 | 18,69 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 5,44 |
| 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 | 33,55 | 29,74 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,73 |
| 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 | 33,55 | 29,74 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,81 |
| 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 | 26,52 | 22,13 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,03 |
| 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 | 26,52 | 22,13 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 4,39 |
| 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 | 47,75 | 43,37 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 17,39 |
| 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 | 47,75 | 43,37 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 4,38 |
| 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 | 9,25 | 7,22 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,20 |
| 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 | 9,25 | 7,22 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,03 |

| 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** |
| 115 | Emplastri antimicrobiotica | Silvercel Hydro-Alginate, opatrunek, 10 x 20 cm | 1 szt. | 15051978002291 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 38,66 | 48,87 | 48,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,66 |
| 116 | Emplastri antimicrobiotica | Silvercel Hydro-Alginate, opatrunek, 10 x 20 cm | 1 szt. | 15051978002291 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 38,66 | 48,87 | 48,87 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 117 | Emplastri antimicrobiotica | Silvercel Hydro-Alginate, opatrunek, 11 x 11 cm | 1 szt. | 15051978002321 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 23,44 | 30,61 | 29,81 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,74 |
| 118 | Emplastri antimicrobiotica | Silvercel Hydro-Alginate, opatrunek, 11 x 11 cm | 1 szt. | 15051978002321 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 23,44 | 30,61 | 29,81 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,80 |
| 119 | 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 | 34,17 | 28,32 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,35 |
| 120 | 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 | 34,17 | 28,32 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 5,85 |
| 121 | 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 | 18,73 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,82 |
| 122 | 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 | 18,73 | 14,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 4,57 |
| 123 | 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 | 24,52 | 24,52 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,36 |

| 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** |
| 124 | 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 | 68,00 | 68,00 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,40 |
| 125 | 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 | 8,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,29 |
| 126 | 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 | 29,30 | 29,30 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,79 |
| 127 | Emplastri antimicrobiotica | UrgoTul Ag/Silver; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm² | 1 szt. | 3546895518024 | <1>01.07.2016/<2>01.07.2018 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 54,43 | 67,43 | 67,43 | <1>Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 20,23 |
| 128 | Emplastri antimicrobiotica | UrgoTul Ag/Silver; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm² | 1 szt. | 3546895518024 | <1>01.07.2016/<2>01.07.2018 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 54,43 | 67,43 | 67,43 | <2>Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 129 | 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 | 16,88 | 14,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,97 |
| 130 | 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 | 16,88 | 14,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,72 |
| 131 | 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 |
| 132 | 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 |
| 133 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 134 | 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 |
| 135 | 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 | 24,64 | 24,64 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,39 |
| 136 | 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 | 24,64 | 24,64 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 137 | 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 | 52,22 | 52,22 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 15,67 |
| 138 | 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 | 52,22 | 52,22 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 139 | 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 | 133,35 | 133,35 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 40,01 |
| 140 | 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 | 133,35 | 133,35 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 141 | 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 | 6,80 | 6,16 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,49 |
| 142 | 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 | 6,80 | 6,16 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,64 |
| 143 | Emplastri collagenosa | Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 11,1 cm | 1 szt. | 15051978001096 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 62,64 | 76,95 | 76,95 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 23,09 |

| 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** |
| 144 | Emplastri collagenosa | Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 11,1 cm | 1 szt. | 15051978001096 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 62,64 | 76,95 | 76,95 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 145 | Emplastri collagenosa | Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 22,2 cm | 1 szt. | 15051978001102 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 118,80 | 139,92 | 139,92 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 41,98 |
| 146 | Emplastri collagenosa | Fibracol Plus, opatrunek, 10,2 x 22,2 cm | 1 szt. | 15051978001102 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.9, Opatrunki kolagenowe | 118,80 | 139,92 | 139,92 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 147 | 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 |
| 148 | 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 |
| 149 | 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 |
| 150 | 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 |
| 151 | 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 |
| 152 | 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 |
| 153 | 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 | 38,77 | 38,50 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 11,82 |
| 154 | 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 | 38,77 | 38,50 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,27 |
| 155 | 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 | 72,77 | 72,77 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 21,83 |

| 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** |
| 156 | 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 | 72,77 | 72,77 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 157 | 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 |
| 158 | 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 |
| 159 | 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 |
| 160 | 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 |
| 161 | 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 |
| 162 | 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 |
| 163 | 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 |
| 164 | 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 |
| 165 | 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 |
| 166 | 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 |
| 167 | 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 |
| 168 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 169 | 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 |
| 170 | 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 |
| 171 | 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 |
| 172 | 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 |
| 173 | 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 |
| 174 | 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 |
| 175 | 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 |
| 176 | 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 |
| 177 | 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 |
| 178 | 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 |
| 179 | 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 |
| 180 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 181 | 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 |
| 182 | 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 |
| 183 | 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 |
| 184 | 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 |
| 185 | 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 |
| 186 | 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 |
| 187 | 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 |
| 188 | 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 |
| 189 | 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 |
| 190 | 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 |
| 191 | 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 |
| 192 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 193 | 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 |
| 194 | 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 |
| 195 | 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 |
| 196 | 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 |
| 197 | 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 |
| 198 | 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 |
| 199 | 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 |
| 200 | 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 |
| 201 | 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 |
| 202 | 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 |
| 203 | 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 |
| 204 | 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 |
| 205 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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, 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 |
| 207 | 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 |
| 208 | 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 |
| 209 | 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 |
| 210 | 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 |
| 211 | 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 |
| 212 | 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 |
| 213 | 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 |
| 214 | 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 |
| 215 | 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 |
| 216 | 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 |
| 217 | 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 |
| 218 | 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 |
| 219 | 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 |
| 220 | 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 |
| 221 | 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 |
| 222 | 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 |
| 223 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 224 | 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 |
| 225 | 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 |
| 226 | 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 |
| 227 | 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 |
| 228 | 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 |
| 229 | 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 |
| 230 | 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 |
| 231 | 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 |
| 232 | 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 |
| 233 | 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 |
| 234 | 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 |
| 235 | 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 |
| 236 | 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 |
| 237 | 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 |
| 238 | 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 |
| 239 | 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 |
| 240 | 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 |
| 241 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 242 | 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 |
| 243 | 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 |
| 244 | 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 |
| 245 | 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 |
| 246 | 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 |
| 247 | 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 |
| 248 | 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 |
| 249 | 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 |
| 250 | 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 |
| 251 | Emplastri hydrocolloidosa | Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 5900516849290 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 19,33 | 25,93 | 25,93 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,78 |
| 252 | Emplastri hydrocolloidosa | Medisorb H, opatrunek hydrokoloidowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 5900516849290 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.2, Opatrunki hydrokoloidowe | 19,33 | 25,93 | 25,93 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 253 | Emplastri hydrocolloidosa | Physiotulle Ag, nieprzylepny opatrunek kontaktowy z sulfadiazyną srebra, antybakteryjny, 10x10 cm² | 1 szt. | 5708932604109 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 17,28 | 23,50 | 23,50 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,05 |
| 254 | Emplastri hydrocolloidosa | Physiotulle Ag, nieprzylepny opatrunek kontaktowy z sulfadiazyną srebra, antybakteryjny, 10x10 cm² | 1 szt. | 5708932604109 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 17,28 | 23,50 | 23,50 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 255 | Emplastri hydrocolloidosa | Physiotulle Ag, nieprzylepny opatrunek kontaktowy z sulfadiazyną srebra, antybakteryjny, 15x15 cm² | 1 szt. | 5708932604130 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 38,34 | 49,10 | 49,10 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 14,73 |
| 256 | Emplastri hydrocolloidosa | Physiotulle Ag, nieprzylepny opatrunek kontaktowy z sulfadiazyną srebra, antybakteryjny, 15x15 cm² | 1 szt. | 5708932604130 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany | 38,34 | 49,10 | 49,10 | 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** |
| 257 | 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 |
| 258 | 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 |
| 259 | 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 |
| 260 | 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 |
| 261 | 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 |
| 262 | 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 |
| 263 | 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 |
| 264 | 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 |
| 265 | 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 |
| 266 | 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 |
| 267 | 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 |
| 268 | 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 |
| 269 | 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 |
| 270 | 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 |
| 271 | 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 |
| 272 | 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 |
| 273 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 274 | 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 |
| 275 | 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 |
| 276 | 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 |
| 277 | 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 |
| 278 | 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 |
| 279 | Emplastri hydropolymerosa | Medisorb G, opatrunek w postaci żelu, 15 g | 1 szt. | 5900516849306 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 8,86 | 12,52 | 12,29 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,92 |
| 280 | Emplastri hydropolymerosa | Medisorb G, opatrunek w postaci żelu, 15 g | 1 szt. | 5900516849306 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 8,86 | 12,52 | 12,29 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,23 |
| 281 | Emplastri hydropolymerosa | Medisorb P, opatrunek polimerowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 5900516844738 | 2016-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 5,08 | 7,22 | 5,90 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,09 |
| 282 | Emplastri hydropolymerosa | Medisorb P, opatrunek polimerowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 5900516844738 | 2016-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 5,08 | 7,22 | 5,90 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,32 |
| 283 | Emplastri hydropolymerosa | Medisorb P, opatrunek polimerowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 5900516844707 | 2016-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 20,42 | 26,70 | 23,60 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,18 |
| 284 | Emplastri hydropolymerosa | Medisorb P, opatrunek polimerowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 5900516844707 | 2016-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 20,42 | 26,70 | 23,60 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,10 |
| 285 | Emplastri hydropolymerosa | Medisorb P Plus, opatrunek polimerowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 5900516844523 | 2016-11-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 5,08 | 7,22 | 5,90 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,09 |
| 286 | Emplastri hydropolymerosa | Medisorb P Plus, opatrunek polimerowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 5900516844523 | 2016-11-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 5,08 | 7,22 | 5,90 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,32 |
| 287 | 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 |
| 288 | 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 |
| 289 | 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 |
| 290 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 291 | 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 |
| 292 | 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 |
| 293 | 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 |
| 294 | 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 |
| 295 | 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 |
| 296 | 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 |
| 297 | 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 |
| 298 | 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 |
| 299 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 300 | 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 |
| 301 | 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 |
| 302 | 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 |
| 303 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455125616 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,88 | 16,15 | 13,78 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,50 |
| 304 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 10x10 cm² | 1 szt. | 0768455125616 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 11,88 | 16,15 | 13,78 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,37 |
| 305 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455125630 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 26,73 | 34,25 | 30,99 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 12,56 |
| 306 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 15x15 cm² | 1 szt. | 0768455125630 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 26,73 | 34,25 | 30,99 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,26 |
| 307 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 0768455125586 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 3,35 | 4,61 | 3,44 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,20 |
| 308 | Emplastri microfibricum cellulosae | Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających, opatrunek, 5x5 cm² | 1 szt. | 0768455125586 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 3,35 | 4,61 | 3,44 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,17 |
| 309 | 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 |
| 310 | 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 |
| 311 | 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 |
| 312 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 313 | 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 |
| 314 | 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 |
| 315 | 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 |
| 316 | 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 |
| 317 | 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 |
| 318 | 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 |
| 319 | 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 |
| 320 | 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 |
| 321 | 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 |
| 322 | 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 |
| 323 | 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 |
| 324 | 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 |
| 325 | 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 |
| 326 | 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 |
| 327 | 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 |
| 328 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 329 | 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 |
| 330 | 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 |
| 331 | 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 |
| 332 | 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 |
| 333 | 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 |
| 334 | 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 |
| 335 | 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 |
| 336 | 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 |
| 337 | 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 |
| 338 | 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 |
| 339 | 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 |
| 340 | 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 |
| 341 | 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 |
| 342 | 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 |
| 343 | 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 |
| 344 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 345 | 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 |
| 346 | 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 |
| 347 | 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 |
| 348 | 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 |
| 349 | 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 |
| 350 | 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 |
| 351 | 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 |
| 352 | 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 |
| 353 | 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 |
| 354 | 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 |
| 355 | 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 |
| 356 | 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 |
| 357 | 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 |
| 358 | 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** |
| 359 | 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 |
| 360 | 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 |
| 361 | 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 |
| 362 | 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 |
| 363 | 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 |
| 364 | 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 |
| 365 | 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 |
| 366 | 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 |
| 367 | 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 |
| 368 | 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 |
| 369 | 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 |
| 370 | 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 |
| 371 | 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 |
| 372 | 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 |
| 373 | 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 |
| 374 | 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** |
| 375 | 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 |
| 376 | 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 |
| 377 | 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 |
| 378 | 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 |
| 379 | 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 |
| 380 | 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 |
| 381 | 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 |
| 382 | 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 |
| 383 | 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 |
| 384 | 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 |
| 385 | 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 |
| 386 | 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 |
| 387 | 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 |
| 388 | 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 |
| 389 | 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 |
| 390 | 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** |
| 391 | 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 |
| 392 | 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 |
| 393 | 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 |
| 394 | 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 |
| 395 | 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 |
| 396 | 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 |
| 397 | 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 |
| 398 | Emplastri microfibricum cellulosae | N-A Ultra, opatrunek, 9,5 x 9,5 cm | 1 szt. | 15051978000280 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,48 | 10,25 | 10,25 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,08 |
| 399 | Emplastri microfibricum cellulosae | N-A Ultra, opatrunek, 9,5 x 9,5 cm | 1 szt. | 15051978000280 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany | 6,48 | 10,25 | 10,25 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 400 | 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 |
| 401 | 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 |
| 402 | 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 |
| 403 | 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 |
| 404 | 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 |
| 405 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 406 | 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 |
| 407 | 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 |
| 408 | 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 |
| 409 | 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 |
| 410 | 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 |
| 411 | 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 |
| 412 | 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 |
| 413 | 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 |
| 414 | 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 |
| 415 | 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 |
| 416 | 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 |
| 417 | 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 |
| 418 | 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 |
| 419 | 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 |
| 420 | 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 |
| 421 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 422 | 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 |
| 423 | 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 |
| 424 | 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 |
| 425 | 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 |
| 426 | 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 |
| 427 | 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 |
| 428 | 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 |
| 429 | 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 |
| 430 | 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 |
| 431 | 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 |
| 432 | 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 |
| 433 | 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 |
| 434 | 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 |
| 435 | 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 |
| 436 | 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 |
| 437 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres 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 | 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 |
| 439 | 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 |
| 440 | 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 |
| 441 | 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 |
| 442 | 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 |
| 443 | 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 |
| 444 | 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 |
| 445 | 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 |
| 446 | 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 |
| 447 | 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 | 10,70 | 9,22 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,25 |
| 448 | 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 | 10,70 | 9,22 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,48 |
| 449 | 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 | 19,98 | 18,07 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,33 |
| 450 | 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 | 19,98 | 18,07 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,91 |

| 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** |
| 451 | 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 | 29,87 | 29,87 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,96 |
| 452 | 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 | 29,87 | 29,87 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 453 | 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 | 12,01 | 8,36 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 6,16 |
| 454 | 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 | 12,01 | 8,36 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,65 |
| 455 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 5000223415846 | 2016-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 4,70 | 6,82 | 5,90 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 2,69 |
| 456 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x10 cm² | 1 szt. | 5000223415846 | 2016-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 4,70 | 6,82 | 5,90 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,92 |
| 457 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x20 cm² | 1 szt. | 5000223416775 | 2016-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 8,64 | 12,39 | 11,80 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 4,13 |
| 458 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 10x20 cm² | 1 szt. | 5000223416775 | 2016-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 8,64 | 12,39 | 11,80 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,59 |
| 459 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 5000223415853 | 2016-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 18,77 | 24,97 | 23,60 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 8,45 |
| 460 | Emplastri polyurethanum spumatum | Allevyn Non Adhesive, opatrunek poliuretanowy, 20x20 cm² | 1 szt. | 5000223415853 | 2016-01-01 | 3 lata | 220.4, Opatrunki poliuretanowe | 18,77 | 24,97 | 23,60 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,37 |
| 461 | 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 | 30,63 | 28,56 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 10,64 |
| 462 | 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 | 30,63 | 28,56 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,07 |
| 463 | 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 | 121,08 | 121,08 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 36,32 |

| 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** |
| 464 | 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 | 121,08 | 121,08 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 465 | 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 | 101,35 | 101,35 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 30,41 |
| 466 | 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 | 101,35 | 101,35 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 467 | 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 | 24,76 | 21,77 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 9,52 |
| 468 | 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 | 24,76 | 21,77 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,99 |
| 469 | 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 | 16,37 | 13,28 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 7,07 |
| 470 | 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 | 16,37 | 13,28 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 3,09 |
| 471 | 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 | 7,55 | 5,90 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,42 |
| 472 | 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 | 7,55 | 5,90 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,65 |
| 473 | 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 | 15,10 | 13,28 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 5,80 |
| 474 | 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 | 15,10 | 13,28 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 1,82 |
| 475 | 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 | 5,47 | 3,32 | Przewlekłe owrzodzenia | | 30% | 3,15 |
| 476 | 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 | 5,47 | 3,32 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 2,15 |
| 477 | Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone | Aqvitox D, żel, 48 g | 1 szt. | 8588002628283 | 2015-11-01 | 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** |
| 478 | Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone | Aqvitox D, żel, 48 g | 1 szt. | 8588002628283 | 2015-11-01 | 3 lata | 220.12, Opatrunki w postaci żelu | 21,60 | 29,53 | 29,53 | Epidermolysis bullosa | | bezpłatny do limitu | 0,00 |
| 479 | 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 |
| 480 | 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 |
| 481 | 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 |
| 482 | 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 |
| 483 | 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 |
| 484 | 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 |
| 485 | 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 |
| 486 | 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 |
| 487 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 488 | 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 |
| 489 | 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 |
| 490 | 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 |
| 491 | 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 |
| 492 | 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 |
| 493 | 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 |
| 494 | 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 |
| 495 | 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 |
| 496 | 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 |
| 497 | 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 |
| 498 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 499 | 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 |
| 500 | 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 |
| 501 | 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 |
| 502 | 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 |
| 503 | 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 |
| 504 | 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 |
| 505 | 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 |
| 506 | 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 |
| 507 | 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 |
| 508 | 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 |
| 509 | 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** |
| 510 | 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 |
| 511 | 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 |
| 512 | 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 |
| 513 | 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 |
| 514 | 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 |
| 515 | 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 |
| 516 | 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 |
| 517 | 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 |
| 518 | 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 |
| 519 | 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 |
| 520 | 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** |
| 521 | 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 |
| 522 | 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 |
| 523 | 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 |
| 524 | 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 |
| 525 | 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 |
| 526 | 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 |
| 527 | 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 |
| 528 | 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 |
| 529 | 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 |
| 530 | 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 |
| 531 | 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** |
| 532 | 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 |
| 533 | 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 |
| 534 | 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 |
| 535 | 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 |
| 536 | 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 |
| 537 | 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 |
| 538 | 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 |
| 539 | 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 |
| 540 | 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 |
| 541 | 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 |
| 542 | 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 |

| lp. | Substancja czynna | Nazwa, postać i dawka | Zawartość opakowania | Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN | Termin wejścia w życie decyzji | Okres obowiązywania decyzji | Grupa limitowa | Urzędowa cena zbytu | Cena detaliczna | Wysokość limitu finansowania | Zakres wskazań objętych refundacją | Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją | Poziom odpłatności | Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 543 | 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 |
| 544 | 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 |
| 545 | 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 |
| 546 | 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 |
| 547 | 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 | 2016-11-01 | 2 lata | 1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib | 8250,12 | 8662,63 | 8662,63 | B.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 7 | Afatinib | Giotrif, tabl. powl., 30 mg | 28 tabl. | 5909991083434 | 2016-11-01 | 2 lata | 1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib | 8250,12 | 8662,63 | 8662,63 | B.63. | bezpłatny | 0 zł |
| 8 | Afatinib | Giotrif, tabl. powl., 40 mg | 28 tabl. | 5909991083465 | 2016-11-01 | 2 lata | 1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib | 8250,12 | 8662,63 | 8662,63 | 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 | 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 |
| 15 | 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 |
| 16 | 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 |
| 17 | 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 |
| 18 | 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 |
| 19 | 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 |
| 20 | 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 |

| 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 | 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 |
| 22 | Bosentanum | Bopaho, tabl. powl., 125 mg | 56 tabl. | 5909991102869 | 2018-09-01 | 2 lata | 1056.0, Bosentan | 1404,00 | 1474,20 | 1474,20 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 23 | Bosentanum | Bopaho, tabl. powl., 62,5 mg | 56 tabl. | 5909991102807 | 2018-09-01 | 2 lata | 1056.0, Bosentan | 702,00 | 737,10 | 737,10 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 24 | Bosentanum | Stayveer, tabl. powl., 0,125 g | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 7640161080027 | 2018-07-01 | 3 lata | 1056.0, Bosentan | 2160,00 | 2268,00 | 1474,20 | B.31. | bezpłatny | 0 zł |
| 25 | 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 |
| 26 | 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 |
| 27 | 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 |
| 28 | 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 |
| 29 | 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 |
| 30 | 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 |
| 31 | 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 |
| 32 | 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 |
| 33 | 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 |
| 34 | 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 |
| 35 | 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 |
| 36 | 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 |
| 37 | 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 |
| 38 | 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 |
| 39 | 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 |
| 40 | 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 |
| 41 | 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 |
| 42 | 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 |
| 43 | 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 |
| 44 | 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 |
| 45 | 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 |
| 46 | 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 |
| 47 | 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 |
| 48 | 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 |

| 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** |
| 49 | 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 |
| 50 | 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 |
| 51 | Crizotinibum | Xalkori, kaps. twarde, 200 mg | 60 szt. (6 blist. po 10 szt) | 5909991004484 | 2016-11-01 | 2 lata | 1151.0, Kryzotynib | 26018,19 | 27319,10 | 21855,28 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 52 | Crizotinibum | Xalkori, kaps. twarde, 250 mg | 60 szt. (6 blist. po 10 szt) | 5909991004507 | 2016-11-01 | 2 lata | 1151.0, Kryzotynib | 26018,19 | 27319,10 | 27319,10 | B.6. | bezpłatny | 0 zł |
| 53 | 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 |
| 54 | 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 |
| 55 | 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 |
| 56 | 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 |
| 57 | 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 |
| 58 | 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 |
| 59 | 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 |
| 60 | 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 |
| 61 | 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 |
| 62 | 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 |
| 63 | 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 |
| 64 | Dasatynibum | Sprycel, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 5909990671601 | 2016-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1059.0, Dazatynib | 14009,68 | 14710,16 | 14710,16 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 65 | Dasatynibum | Sprycel, tabl. powl., 140 mg | 30 szt. | 5909990818655 | 2016-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1059.0, Dazatynib | 19613,56 | 20594,24 | 20594,22 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 66 | Dasatynibum | Sprycel, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. | 5909990621323 | 2016-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1059.0, Dazatynib | 5603,87 | 5884,06 | 5884,06 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 67 | Dasatynibum | Sprycel, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 5909990621354 | 2016-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1059.0, Dazatynib | 14009,68 | 14710,16 | 14710,16 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 68 | Dasatynibum | Sprycel, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 5909990818631 | 2016-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1059.0, Dazatynib | 11207,74 | 11768,13 | 11768,13 | <1>B.14.; <2>B.65. | bezpłatny | 0 zł |
| 69 | 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 |
| 70 | 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 |
| 71 | 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 |

| 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 | 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 |
| 73 | 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 |
| 74 | 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 |
| 75 | 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 |
| 76 | 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 |
| 77 | 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 |
| 78 | 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 |
| 79 | 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 |
| 80 | 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 |
| 81 | 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 |
| 82 | 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 |
| 83 | 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 |
| 84 | 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 |
| 85 | 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 |
| 86 | 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 |
| 87 | 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 |
| 88 | 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 |

| 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** |
| 89 | 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 |
| 90 | 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 |
| 91 | 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 |
| 92 | 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 |
| 93 | 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 |
| 94 | 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 |
| 95 | 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 |
| 96 | 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 |
| 97 | 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 |
| 98 | 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 |
| 99 | 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 |
| 100 | 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 |

| 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** |
| 101 | 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 |
| 102 | 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 |
| 103 | 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 |
| 104 | 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 |
| 105 | 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 |
| 106 | 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 |
| 107 | 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 |
| 108 | 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 |
| 109 | Epoprostenol | Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg | 1 fiol.po 0,5 mg | 5909991089085 | 2017-03-01 | 2 lata | 1130.0, Epoprostenol | 172,80 | 181,44 | 181,44 | B.68. | bezpłatny | 0 zł |
| 110 | Epoprostenol | Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg | 1 fiol.po 1,5 mg | 5909991089092 | 2017-03-01 | 2 lata | 1130.0, Epoprostenol | 518,40 | 544,32 | 544,32 | B.68. | bezpłatny | 0 zł |
| 111 | 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 |
| 112 | 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 |
| 113 | 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 |
| 114 | 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 |
| 115 | Etanerceptum | Benepali, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg | 4 amp.-wstrz.po 1 ml | 5713219479288 | 01.07.2016; <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 |
| 116 | Etanerceptum | Benepali, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg | 4 wstrz.po 1 ml | 5713219479295 | 01.07.2016; <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 |
| 117 | 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 |
| 118 | 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>2016-11-01 | <1><2><3>3 lata/<4>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 1998,00 | 2097,90 | 1445,85 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 119 | 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>2016-11-01 | <1><2><3>3 lata/<4>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 3996,00 | 4195,80 | 2891,70 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 120 | 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>2016-11-01 | <1><2><3>3 lata/<4>2 lata | 1050.2, blokery TNF - etanercept | 3996,00 | 4195,80 | 2891,70 | <1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47. | bezpłatny | 0 zł |
| 121 | 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 |

| 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 | 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 |
| 123 | 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 |
| 124 | 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 |
| 125 | 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 |
| 126 | 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 |
| 127 | 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 |
| 128 | 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 |
| 129 | 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 |
| 130 | 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 |
| 131 | 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 |
| 132 | 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 |
| 133 | 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 |
| 134 | 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 |
| 135 | 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 |
| 136 | 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 |
| 137 | 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 |
| 138 | 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 |
| 139 | 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 |
| 140 | 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 |

| 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 | 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 |
| 142 | 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 |
| 143 | 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 |
| 144 | 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 |
| 145 | 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 |
| 146 | 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 |
| 147 | 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 |
| 148 | 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 |
| 149 | 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 | 2976,75 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 150 | 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 | 2551,50 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 151 | Glatirameri acetas | Remurel, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml | 28 amp.-strz. | 5909991282882 | 2016-11-01 | 2 lata | 1061.0, Glatirameri acetas | 2835,00 | 2976,75 | 2976,75 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 152 | 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 | 2551,50 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 153 | 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 |
| 154 | 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 |
| 155 | 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 |
| 156 | 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 |
| 157 | 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 |
| 158 | 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 |
| 159 | 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 |
| 160 | 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 |
| 161 | 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 |

| 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 | 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 |
| 163 | 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 |
| 164 | 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 |
| 165 | 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 |
| 166 | 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 |
| 167 | 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 |
| 168 | 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 |
| 169 | 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 |
| 170 | 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 |
| 171 | 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 |
| 172 | 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 |
| 173 | Immunoglobulinum humanum | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 100 ml | 5909990725793 | <1>2016-01-01/<2>2016-11-01/<3>2017-03-01 | <1>3 lata/<2><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 |
| 174 | Immunoglobulinum humanum | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 200 ml | 5909990725809 | <1>2016-01-01/<2>2016-11-01/<3>2017-03-01 | <1>3 lata/<2><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 |
| 175 | Immunoglobulinum humanum | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 25 ml | 5909990725823 | <1>2016-01-01/<2>2016-11-01/<3>2017-03-01 | <1>3 lata/<2><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 |
| 176 | Immunoglobulinum humanum | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 400 ml | 5909991078676 | <1>2016-11-01/<2>2017-03-01 | 2 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 8208,00 | 8618,40 | 8618,40 | <1>B.62.; <2>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 177 | Immunoglobulinum humanum | Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml | 1 fiol.po 50 ml | 5909990725786 | <1>2016-01-01/<2>2016-11-01/<3>2017-03-01 | <1>3 lata/<2><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 |
| 178 | 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 |
| 179 | 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 |
| 180 | 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 |
| 181 | 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 |
| 182 | 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 |
| 183 | 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 |

| 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 | 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 |
| 185 | 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 |
| 186 | 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 |
| 187 | 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 |
| 188 | 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 |
| 189 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do wlewów dożylnych, 100 mg/ml | 1 fiol. 10 ml | 5909990425143 | <1>2016-01-01/<3>2017-03-01 | <1>3 lata/<3>2 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 205,20 | 215,46 | 215,46 | <1>B.17.;<3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 190 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do wlewów dożylnych, 100 mg/ml | 1 fiol. 100 ml | 5909990425174 | <1>2016-01-01/<3>2017-03-01 | <1>3 lata/<3>2 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 2052,00 | 2154,60 | 2154,60 | <1>B.17.;<3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 191 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do wlewów dożylnych, 100 mg/ml | 1 fiol. 200 ml | 5909990425181 | <1>2016-01-01/<3>2017-03-01 | <1>3 lata/<3>2 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 4104,00 | 4309,20 | 4309,20 | <1>B.17.;<3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 192 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do wlewów dożylnych, 100 mg/ml | 1 fiol. 25 ml | 5909990425150 | <1>2016-01-01/<3>2017-03-01 | <1>3 lata/<3>2 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 513,00 | 538,65 | 538,65 | <1>B.17.;<3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 193 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do wlewów dożylnych, 100 mg/ml | 1 fiol. 300 ml | 5909990782208 | <1>2016-01-01/<3>2017-03-01 | <1>3 lata/<3>2 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 6156,00 | 6463,80 | 6463,80 | <1>B.17.;<3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 194 | Immunoglobulinum humanum normale | Kiovig, roztwór do wlewów dożylnych, 100 mg/ml | 1 fiol. 50 ml | 5909990425167 | <1>2016-01-01/<3>2017-03-01 | <1>3 lata/<3>2 lata | 1066.0, Immunoglobulinum humanum | 1026,00 | 1077,30 | 1077,30 | <1>B.17.;<3>B.67. | bezpłatny | 0 zł |
| 195 | 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 |
| 196 | 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 |
| 197 | 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 |
| 198 | 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 |
| 199 | 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 |
| 200 | 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 |
| 201 | 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 |
| 202 | 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 |
| 203 | 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 |
| 204 | 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>2016-11-01/<3>2017-03-01 | <1>3 lata/<2><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 |

| 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 |
| 205 | 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 |
| 206 | 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>2016-11-01/<3>2017-03-01 | <1>3 lata/<2><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 |
| 207 | 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>2016-11-01/<3>2017-03-01 | <1>3 lata/<2><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 |
| 208 | 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 |
| 209 | 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 |
| 210 | 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 |
| 211 | 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 |
| 212 | 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 |
| 213 | 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 |
| 214 | 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 |
| 215 | 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 |
| 216 | Infliximabum | Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | 1 fiol. | 5713219492751 | <1><2><3><4><5>01.01.2018/<6>01.07.2018 | <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 |
| 217 | 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 |
| 218 | 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 |
| 219 | 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 |
| 220 | 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 |

| 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 |
| 221 | 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 |
| 222 | 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 |
| 223 | 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 |
| 224 | 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 |
| 225 | 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 |
| 226 | 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 |
| 227 | Interferonum beta-1a | Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml | 12 amp.-strz.a 0,5 ml | 5909990874934 | 2018-09-01 | 3 lata | 1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg | 4004,99 | 4205,24 | 4205,24 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 228 | Interferonum beta-1a | Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml | 4 wkł.a 1,5 ml | 5909990728497 | 2018-09-01 | 3 lata | 1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg | 4004,99 | 4205,24 | 4205,24 | B.29. | bezpłatny | 0 zł |
| 229 | 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 |
| 230 | 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 |
| 231 | 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 |
| 232 | 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 |
| 233 | 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 |
| 234 | 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 |
| 235 | 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 |
| 236 | 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 |
| 237 | 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 |
| 238 | 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 |
| 239 | Lenalidomidum | Revlimid, kaps. twarde, 10 mg | 21 kaps. | 5909990086702 | <1>01.05.2018/<2>01.01.2017 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 14276,96 | 14990,81 | 14990,81 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 240 | 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 |
| 241 | 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 |
| 242 | 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 |
| 243 | 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 |

| 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, 5 mg | 21 kaps. | 5909990086696 | <1>01.05.2018/<2>01.01.2017 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1120.0, Lenalidomid | 13616,86 | 14297,70 | 14297,70 | <1>B.54.; <2>B.84. | bezpłatny | 0 zł |
| 245 | 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 |
| 246 | 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 |
| 247 | Macytentan | Opsumit, tabl. powl., 10 mg | 30 tabl. | 7640111931133 | 2017-09-01 | 2 lata | 1139.0, Macytentan | 10596,96 | 11126,81 | 11126,81 | B.68. | bezpłatny | 0 zł |
| 248 | 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 |
| 249 | 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 |
| 250 | 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 |
| 251 | 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 |
| 252 | 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 |
| 253 | 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 |
| 254 | 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 |
| 255 | 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 |
| 256 | 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 |
| 257 | 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 |
| 258 | 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 |
| 259 | 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 |
| 260 | 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 |
| 261 | Nivolumabum | Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 10 ml | 5909991220518 | <1>01.07.2018/<2>01.05.2018 | 2 lata | 1144.0, Niwolumab | 6388,86 | 6708,30 | 6708,30 | <1>B.59; <2>B.6.; B.10.; B.100. | bezpłatny | 0 zł |
| 262 | Nivolumabum | Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 5909991220501 | <1>01.07.2018/<2>01.05.2018 | 2 lata | 1144.0, Niwolumab | 2555,54 | 2683,32 | 2683,32 | <1>B.59; <2>B.6.; B.10.; B.100. | bezpłatny | 0 zł |
| 263 | 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 |
| 264 | 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 |
| 265 | 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 |
| 266 | 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 |
| 267 | 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 |

| 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** |
| 268 | 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 |
| 269 | 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 |
| 270 | 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 |
| 271 | 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 |
| 272 | 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 |
| 273 | 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 |
| 274 | 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 |
| 275 | 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 |
| 276 | 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 |
| 277 | 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 |
| 278 | 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 |
| 279 | 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 |
| 280 | 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 |
| 281 | 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 |
| 282 | 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 |
| 283 | 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 |

| 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** |
| 284 | 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 |
| 285 | 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 |
| 286 | 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 |
| 287 | 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 |
| 288 | 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 |
| 289 | 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 |
| 290 | 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 |
| 291 | 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 |
| 292 | 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 |
| 293 | 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 |
| 294 | 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 |
| 295 | 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 |
| 296 | 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 |
| 297 | 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 |
| 298 | 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 |
| 299 | 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 |
| 300 | 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 |
| 301 | 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 |
| 302 | 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 |
| 303 | 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 |

| 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 | 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 |
| 305 | 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 |
| 306 | 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 |
| 307 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml | 1 wstrz. + 2 gaziki nasączone alkoholem | 5909990881192 | <1>01.07.2018/<2>01.07.2016 | <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 |
| 308 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml | 1 wstrz. + 2 gaziki nasączone alkoholem | 5909990881260 | <1>01.07.2018/<2>01.07.2016 | <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 |
| 309 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 270 µg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 5909990984718 | <1>01.07.2018/<2>01.07.2016 | <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 |
| 310 | Peginterferonum alfa-2a | Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 360 µg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 5909990984817 | <1>01.07.2018/<2>01.07.2016 | <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 |
| 311 | 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 |
| 312 | 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 |
| 313 | 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 |
| 314 | 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 |
| 315 | 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 |
| 316 | 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 |
| 317 | 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 |
| 318 | 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 |
| 319 | 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 |
| 320 | 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 |
| 321 | Pembrolizumabum | Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml | 1 fiol. 4 ml | 5901549325126 | <1>01.05.2018/<2>01.07.2018 | 2 lata | 1143.0, Pembrolizumab | 16094,79 | 16899,53 | 16899,53 | <1>B.6.; <2>B.59. | bezpłatny | 0 zł |
| 322 | 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 |
| 323 | 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 |
| 324 | 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 |
| 325 | 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 |

| 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** |
| 326 | 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 |
| 327 | 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 |
| 328 | 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 |
| 329 | 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 |
| 330 | 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 |
| 331 | 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 |
| 332 | 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 |
| 333 | 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 |
| 334 | Riociguatum | Adempas, tabl. powl., 0,5 mg | 42 tabl. | 5908229300305 | 2017-09-01 | 2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 1140,58 | B.74. | bezpłatny | 0 zł |
| 335 | Riociguatum | Adempas, tabl. powl., 1 mg | 42 tabl. | 5908229300336 | 2017-09-01 | 2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 2281,16 | B.74. | bezpłatny | 0 zł |
| 336 | Riociguatum | Adempas, tabl. powl., 1,5 mg | 42 tabl. | 5908229300367 | 2017-09-01 | 2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 3421,73 | B.74. | bezpłatny | 0 zł |
| 337 | Riociguatum | Adempas, tabl. powl., 2 mg | 42 tabl. | 5908229300398 | 2017-09-01 | 2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 4562,31 | B.74. | bezpłatny | 0 zł |
| 338 | Riociguatum | Adempas, tabl. powl., 2,5 mg | 42 tabl. | 5908229300428 | 2017-09-01 | 2 lata | 1138.0, Riocyguat | 5431,32 | 5702,89 | 5702,89 | B.74. | bezpłatny | 0 zł |
| 339 | 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 |
| 340 | 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 |
| 341 | 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 |
| 342 | 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 |
| 343 | 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 |
| 344 | 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 |
| 345 | Sildenafilum | Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg | 90 szt. | 5055565731932 | 2017-09-01 | 5 lat | 1076.0, Sildenafilum | 810,00 | 850,50 | 850,50 | B.68. | bezpłatny | 0 zł |
| 346 | Sildenafilum | Remidia, tabletki powlekane, 20 mg | 90 tabl. | 5903060610545 | 2017-07-01 | 5 lat | 1076.0, Sildenafilum | 1080,00 | 1134,00 | 1134,00 | B.68. | bezpłatny | 0 zł |
| 347 | Sildenafilum | Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml | 32,27 g (but.) | 5909990967780 | 2015-11-01 | 3 lata | 1076.0, Sildenafilum | 947,52 | 994,90 | 705,60 | B.68. | bezpłatny | 0 zł |
| 348 | Sildenafilum | Revatio, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 5909990423040 | 2015-11-01 | 3 lata | 1076.0, Sildenafilum | 1522,80 | 1598,94 | 1134,00 | B.68. | bezpłatny | 0 zł |
| 349 | 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.68. | bezpłatny | 0 zł |
| 350 | 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 |
| 351 | 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 |

| 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 | 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 |
| 353 | 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 |
| 354 | 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 |
| 355 | 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 |
| 356 | 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 |
| 357 | 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 |
| 358 | 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 |
| 359 | 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 |
| 360 | 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 |
| 361 | 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 |
| 362 | 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 |
| 363 | Sunitinibum | Sutent, kaps. twarde, 50 mg | 28 szt. | 5909990079391 | <1>01.07.2018/<2>01.07.2016 | 3 lata | 1079.0, Sunitynib | 21361,45 | 22429,52 | 22429,52 | <1>B.3.; <2>B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 364 | 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 |
| 365 | 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 | 2016-11-01 | 2 lata | 1150.0, Temsyrolimus | 3909,34 | 4104,81 | 4104,81 | B.10. | bezpłatny | 0 zł |
| 366 | 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 |
| 367 | 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 |
| 368 | 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 |

| 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** |
| 369 | 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 |
| 370 | 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 |
| 371 | 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 |
| 372 | 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 |
| 373 | 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 |
| 374 | 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 |
| 375 | 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 |
| 376 | 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 |
| 377 | 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 |
| 378 | 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 |
| 379 | 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 |
| 380 | 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 |
| 381 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile | Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 300 j. | 1 fiol.po 300 j. | 5909991072094 | <1><2><3>2016-11-01/<4>2018-03-01 | <1><2>3 lata/<3><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 |
| 382 | 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 |
| 383 | Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile | Xeomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j. | 1 fiol.po 100 j. (LD50) | 5909990643950 | <1>2016-07-01/<2>2016-11-01 | <1>3 lata/<2>2 lata | 1055.1, toksyny botulinowe - 1 | 650,00 | 682,50 | 682,50 | <1>B.28.; <2>B.57. | bezpłatny | 0 zł |
| 384 | 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 |
| 385 | 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 |
| 386 | 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 |
| 387 | 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 |
| 388 | 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 |
| 389 | 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 |

| 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** |
| 390 | 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 |
| 391 | 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 |
| 392 | 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 |
| 393 | 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 |
| 394 | 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 |
| 395 | 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 |
| 396 | 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 |
| 397 | 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 |
| 398 | 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 |
| 399 | 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 |
| 400 | 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 |
| 401 | 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 |
| 402 | 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 |
| 403 | 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 |
| 404 | 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 |
| 405 | 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 |
| 406 | 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 |
| 407 | 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**<br>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:<br>1) poziom wiremii HBV DNA powyżej 2000 IU/mL dla osób HBe (-) i powyżej 20 000 IU/mL dla osób HBe (+);<br>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;<br>3) zmiany histologiczne w wątrobie potwierdzające rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby.<br>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.<br>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:**<br>1) interferon pegylowany alfa-2a:<br>a) 90 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań,<br>b) 135 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań,<br>c) 180 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań;<br><br>2) interferon rekombinowany alfa-2a:<br>a) ampułkostrzykawki zawierające 3 mln j.m./0,5 ml,<br>b) ampułkostrzykawki zawierające 6 mln j.m./0,5 ml,<br>c) ampułkostrzykawki zawierające 9 mln j.m./0,5 ml;<br><br>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.);<br><br>4) naturalny interferon leukocytarny:<br>a) ampułki po 3 000 000 j.m.,<br>b) ampułki po 6 000 000 j.m.<br>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**<br>1) poziom wiremii HBV DNA;<br>2) oznaczenie antygenu HBs;<br>3) oznaczenie antygenu HBe;<br>4) oznaczenie przeciwciał anty-HBe;<br>5) oznaczenie przeciwciał anty-HCV;<br>6) oznaczenie przeciwciał anty-HIV;<br>7) morfologia krwi;<br>8) oznaczenie poziomu ALT;<br>9) proteinogram;<br>10) oznaczenie poziomu glukozy;<br>11) czas lub wskaźnik protrombinowy;<br>12) oznaczenie autoprzeciwciał;<br>13) oznaczenie poziomu TSH;<br>14) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3;<br>15) oznaczenie stężenia mocznika i kreatyniny;<br>16) USG jamy brzusznej;<br>17) biopsja wątroby –<br>w przypadkach uzasadnionych kryteriami kwalifikacji;<br>18) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia interferonem**<br>1) w dniu rozpoczęcia terapii:<br>a) morfologia krwi,<br>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.<br>2. U świadczeniobiorców w wieku od 3 do 18 lat stosuje się wyłącznie interferon rekombinowany alfa-2b.<br>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.<br>**4. Choroby lub stany wykluczające stosowanie interferonów**<br>1) niewyrównana marskość wątroby;<br>2) ciężka współistniejąca choroba serca, w tym niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa;<br>3) niewyrównana cukrzyca insulinozależna;<br>4) choroby o podłożu autoimmunologicznym, z wyłączeniem autoimmunologicznego zapalenia wątroby typu II (anty-LKM-1);<br>5) niewyrównana nadczynność tarczycy;<br>6) retinopatia (po konsultacji okulistycznej);<br>7) padaczka (po konsultacji neurologicznej);<br>8) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających;<br>9) ciąża lub karmienie piersią;<br>10) czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej);<br>11) choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematoonkologicznej lub hematologicznej); | Leczniczego. Czas leczenia interferonami nie może przekroczyć 48 tygodni.<br><br>**2. Analogi nukleozydowe lub nukleotydowe**<br>1) lamiwudyna:<br>- tabletki po 100 mg - raz dziennie 1 tabletka;<br><br>2) entekawir:<br>a) tabletki po 0,5 mg - raz dziennie 1 tabletka u osób uprzednio nieleczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi,<br>b) tabletki po 1,0 mg - raz dziennie 1 tabletka u osób uprzednio leczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi;<br><br>3) adefowir:<br>- tabletki po 10,0 mg - raz dziennie 1 tabletka;<br><br>4) tenofowir:<br>- tabletki po 245 mg - raz dziennie 1 tabletka.<br><br>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,<br>d) oznaczenie stężenia kreatyniny,<br>e) oznaczenie poziomu AFP;<br>2) w 2, 4, 6, 8, 12,16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48 tygodniu:<br>a) morfologia krwi,<br>b) oznaczenie poziomu ALT;<br>3) w 4, 12, 24, 48 tygodniu - oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>4) w 12 tygodniu:<br>a) poziom wiremii HBV DNA,<br>b) oznaczenie antygenu HBsAg;<br>5) w 24, 48 tygodniu:<br>a) oznaczenie antygenu HBsAg,<br>b) oznaczenie antygenu HBeAg,<br>c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe,<br>d) poziom wiremii HBV DNA;<br>6) w 12, 24, 36, 48 tygodniu:<br>a) oznaczenie poziomu TSH,<br>b) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3;<br>7) w 48 tygodniu:<br>a) proteinogram,<br>b) czas lub wskaźnik protrombinowy,<br>c) oznaczenie poziomu AFP,<br>d) USG jamy brzusznej.<br><br>**3. Badania przy kwalifikacji do leczenia analogami nukleozydów lub nukleotydów**<br>1) poziom wiremii HBV DNA;<br>2) oznaczenie antygenu HBe;<br>3) oznaczenie przeciwciał anty-HBe;<br>4) wirogram (lekooporność);<br>5) morfologia krwi;<br>6) oznaczenie poziomu ALT;<br>7) proteinogram; |

| | | |
|---|---|---|
| 12) inne przeciwwskazania do stosowania poszczególnych rodzajów interferonu określone w odpowiednich charakterystykach produktów leczniczych.<br>**5. Kryteria wyłączenia z leczenia interferonem**<br>1) brak odpowiedzi po 12 tygodniach leczenia definiowanej jako zmniejszenie poziomu wiremii HBV DNA o co najmniej 1 $\log_{10}$;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości lub nietolerancji na substancję czynną lub pomocniczą;<br>3) choroby lub stany wymienione w ust. 4 ujawnione w trakcie leczenia interferonem.<br>6.1. W przypadkach niemożności zastosowania interferonów lub ich nieskuteczności należy rozważyć stosowanie analogów nukleozydowych lub nukleotydowych.<br>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.<br>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 $\log_{10}$.<br>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.<br>W innych przypadkach należy zmienić lek po uzyskaniu wyniku lekooporności i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia.<br>6.5. Po 24 tygodniach terapii należy ponownie ocenić jej skuteczność poprzez ilościowe oznaczenie poziomu wiremii | | 8) czas lub wskaźnik protrombinowy;<br>9) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>10) USG jamy brzusznej;<br>11) biopsja wątroby -<br>w przypadkach uzasadnionych kryteriami kwalifikacji.<br>**4. Monitorowanie leczenia analogami nukleozydów lub nukleotydów**<br>1) w dniu rozpoczęcia terapii:<br>a) morfologia krwi,<br>b) oznaczenie poziomu ALT,<br>c) czas lub wskaźnik protrombinowy,<br>d) oznaczenie stężenia kreatyniny,<br>e) oznaczenie poziomu AFP;<br>2) w 4, 12, 24, 48 tygodniu:<br>a) oznaczenie stężenia kreatyniny,<br>b) morfologia krwi,<br>c) oznaczenie poziomu ALT;<br>3) w 12 tygodniu - poziom wiremii HBV DNA;<br>4) w 24 i następnie co 24 tygodnie:<br>a) oznaczenie antygenu HBsAg,<br>b) oznaczenie antygenu HBeAg,<br>c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe,<br>d) poziom wiremii HBV DNA,<br>e) oznaczenie lekooporności przy jej podejrzeniu;<br>5) w 48 tygodniu i następnie co 48 tygodni:<br>a) czas lub wskaźnik protrombinowy,<br>b) proteinogram,<br>c) oznaczenie poziomu AFP,<br>d) USG jamy brzusznej.<br>**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.<br>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.<br>7. W uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza po wyczerpaniu opcji terapeutycznych lub nieuzyskaniu nieoznaczalnej wiremii HBV DNA należy rozważyć leczenie interferonem.<br>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.<br>**8. Określenie czasu leczenia w programie**<br>8.1. Leczenie można zakończyć u osób leczonych dłużej niż rok, po stwierdzeniu:<br>1) serokonwersji w układzie "s" lub<br>2) dwukrotnie ujemnych wyników oznaczenia HBV DNA wykonanych w odstępach co najmniej 3 miesięcy.<br>Badania wykonuje się w medycznym laboratorium diagnostycznym posiadającym odpowiedni certyfikat jakości.<br>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;<br>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;<br>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**<br>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:<br>1) obecność wiremii HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej;<br>2) obecność przeciwciał anty-HCV;<br>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.<br>1.2. Do programu są kwalifikowani świadczeniobiorcy powyżej 3 roku życia z pozawątrobową manifestacją zakażenia HCV, niezależnie od zaawansowania choroby w obrazie histopatologicznym wątroby.<br><br>**2. U świadczeniobiorców w wieku od 3 do 5 roku życia** stosuje się wyłącznie interferon pegylowany alfa-2b albo | **1. Rybawiryna**<br>1.1. Dawkowanie rybawiryny w terapii skojarzonej z interferonem pegylowanym alfa-2a:<br>1) genotyp 1 lub 4:<br>a) 1000 mg/dobę dla świadczeniobiorców o masie ciała poniżej 75 kg,<br>b) 1200 mg/dobę dla świadczeniobiorców o masie ciała równej lub powyżej 75 kg;<br>2) genotyp 2 lub 3 - 800 mg/dobę.<br>3) u świadczeniobiorców w wieku 5-17 lat 15 mg/kg masy ciała/dzień w dwóch dawkach podzielonych.<br>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;<br>1.3. Dawkowanie rybawiryny w terapii skojarzonej z interferonem rekombinowanym alfa-2a lub interferonem rekombinowanym alfa-2b:<br>1) 1000 mg na dobę w 2 dawkach podzielonych dla świadczeniobiorców dorosłych o masie ciała poniżej 75 kg;<br>2) 1200 mg na dobę w 2 dawkach podzielonych dla świadczeniobiorców dorosłych o masie ciała równej lub powyżej 75 kg;<br>3) 15 mg/kg masy ciała / dobę dla świadczeniobiorców od 3 do 18 roku życia.<br>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):**<br>1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową;<br>2) morfologia krwi;<br>3) oznaczenie poziomu ALT;<br>4) proteinogram;<br>5) czas lub wskaźnik protrombinowy;<br>6) oznaczenie autoprzeciwciał;<br>7) oznaczenie poziomu TSH;<br>8) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3;<br>9) oznaczenie poziomu kwasu moczowego;<br>10) oznaczenia poziomu mocznika i kreatyniny;<br>11) oznaczenie poziomu glukozy;<br>12) oznaczenie przeciwciał anty-HIV;<br>13) oznaczenie antygenu HBs;<br>14) USG jamy brzusznej;<br>15) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby – elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej);<br>16) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>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.<br><br>**3. Interferony pegylowane alfa w ramach programu mogą być stosowane:**<br>1) w monoterapii:<br>a) u świadczeniobiorców dializowanych,<br>b) u świadczeniobiorców przed i po przeszczepach narządowych,<br>c) u świadczeniobiorców z przeciwwskazaniami do stosowania lub nadwrażliwością na rybawirynę;<br>2) w leczeniu skojarzonym z rybawiryną u świadczeniobiorców:<br>a) nieleczonych uprzednio interferonami,<br>b) z nawrotem zakażenia,<br>c) u których terapia interferonem rekombinowanym alfa lub interferonem rekombinowanym alfa i rybawiryną okazała się nieskuteczna,<br>d) przed i po przeszczepach narządowych,<br>e) u których terapia interferonem pegylowanym innego typu okazała się nieskuteczna jedynie w przypadku obserwowanej progresji choroby;<br>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<br>a) wcześniej nieleczonych albo<br>b) uprzednio leczonych nieskutecznie interferonem pegylowanym i rybawiryną, u których leczenie było przerwane po 12 tygodniach z powodu braku odpowiedzi wirusologicznej albo<br>c) z brakiem odpowiedzi na wcześniejsze leczenie | Charakterystyce Produktu Leczniczego odpowiednio sofosbuwiru lub sofosbuwiru+ledipaswiru.<br><br>**2. Interferon pegylowany alfa-2a**<br>2.1. Dawkowanie interferonu pegylowanego alfa-2a w terapii skojarzonej z rybawiryną lub w monoterapii:<br>1) 180 µg;<br>2) 135 µg - u świadczeniobiorców ze schyłkową niewydolnością nerek oraz u świadczeniobiorców wymagających zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego częściowej redukacji dawki;<br>3) 90 µg – u świadczeniobiorców wymagających zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego częściowej redukcji dawki;<br>4) w przypadku wystąpienia działań niepożądanych możliwa jest redukcja dawki (interferonu lub rybawiryny) albo przerwanie leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>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:<br>a) 0,71-0,74 $m^2$ - 65µg<br>b) 0,75-1,08 $m^2$ - 90 µg<br>c) 1,09-1,51 $m^2$ - 135 µg<br>d) >1,51 $m^2$ - 180 µg<br>2.2. Czas terapii dla leczenia skojarzonego:<br>1) genotyp 1 lub 4:<br>a) 48 tygodni, gdy<br>po 12 tygodniach stwierdzono brak wiremii HCV RNA,<br>b) dopuszczalne jest leczenie przez 24 tygodnie, gdy stwierdzono:<br>- niskie wyjściowe miano wirusa (≤800 000 j.m./ml) oraz<br>- brak wiremii HCV RNA w 4 tygodniu leczenia oraz<br>- brak wiremii HCV RNA w 24 tygodniu leczenia, | 18) w przypadku zakażenia genotypem 1a i rozważania terapii z symeprewirem - badanie mutacji Q80K.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia interferonami (w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami):**<br>**1) świadczeniobiorcy z genotypem 2 lub 3 leczeni interferonem alfa pegylowanym:**<br>a) w 1 dniu:<br>- oznaczenie poziomu ALT;<br>- morfologia krwi;<br>- próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>b) w 2, 4, 6, 8, 12, 16, 20, 24 tygodniu:<br>- oznaczenie poziomu ALT;<br>- morfologia krwi;<br>c) w 12 tygodniu:<br>- oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>- oznaczenie poziomu kwasu moczowego;<br>- oznaczenie poziomu TSH;<br>- oznaczenie poziomu fT4;<br>d) w 24 tygodniu:<br>- oznaczenie poziomu GGT;<br>- oznaczenie poziomu fosfatazy zasadowej;<br>- oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>- oznaczenie poziomu kwasu moczowego;<br>- oznaczenie poziomu TSH;<br>- oznaczenie poziomu fT4;<br>- oznaczenie poziomu AFP;<br>- proteinogram;<br>- oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową;<br>- 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<br>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<br>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);<br>4) w leczeniu skojarzonym z rybawiryną i sofosbuwirem w schematach wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego dla sofosbuwiru.<br><br>**4. Szczególowe kryteria kwalifikacji do leczenia interferonami pegylowanymi alfa:**<br>1) przewlekłe zapalenie wątroby lub wyrównana marskość wątroby;<br>2) pozawątrobowa manifestacja zakażenia HCV, niezależnie od zaawansowania choroby w obrazie histopatologicznym.<br><br>**5. Interferony rekombinowane alfa w ramach programu mogą być stosowane:**<br>1) w monoterapii:<br>a) u świadczeniobiorców dializowanych,<br>b) u świadczeniobiorców przed lub po przeszczepach narządowych,<br>c) u świadczeniobiorców z przeciwwskazaniami do stosowania lub nadwrażliwością na rybawirynę;<br>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;<br>2) genotyp 2 lub 3 - 24 tygodnie;<br>3) niezależnie od genotypu, przy współistniejącym zakażeniu HIV i HCV - 48 tygodni;<br>4) niezależnie od genotypu, przy współistniejącym zakażeniu HBV i HCV - 48 tygodni.<br>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:<br>a) po 12 tygodniach terapii nie stwierdza się spadku wiremii o minimum 2 $\log_{10}$ względem wartości wyjściowej albo<br>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.<br>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.<br><br>**3. Interferon pegylowany alfa-2b**<br>3.1. Dawkowanie interferonu pegylowanego alfa-2b w terapii skojarzonej z rybawiryną:<br>1) 1,5 µg/kg masy ciała / tydzień - świadczeniobiorcy powyżej 18 roku życia;<br>2) 60 µg/m$^2$ powierzchni ciała / tydzień - świadczeniobiorcy w wieku od 3 do 18 roku życia;<br>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;<br>**2) świadczeniobiorcy z genotypem 1 lub 4 leczeni interferonem alfa pegylowanym:**<br>a) w 1 dniu:<br>- morfologia krwi;<br>- oznaczenie poziomu ALT;<br>- próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>b) w 2, 4, 6, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 52, 56, 60, 64, 68, 72 tygodniu:<br>- morfologia krwi;<br>- oznaczenie poziomu ALT;<br>c) w 4 tygodniu:<br>- oznaczenie HCV RNA metodą ilościową u świadczeniobiorców z genotypem 1 z wyjściową wiremią poniżej 600 000 IU/ml;<br>d) w 12, 24, 36, 48, 60 tygodniu:<br>- oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>- oznaczenie poziomu kwasu moczowego;<br>- oznaczenie poziomu TSH;<br>- oznaczenie poziomu fT4;<br>e) w 12 tygodniu - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową;<br>f) w 24 tygodniu:<br>- oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową;<br>- oznaczenie poziomu AFP;<br>g) na zakończenie leczenia - w 24 albo 48, albo 72 tygodniu:<br>- oznaczenie poziomu GGT;<br>- oznaczenie poziomu fosfatazy zasadowej;<br>- oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>- oznaczenie poziomu kwasu moczowego;<br>- oznaczenie poziomu TSH; |

| | | |
|---|---|---|
| U świadczeniobiorców od 3 do 18 roku życia stosuje się interferon rekombinowany alfa-2b, po spełnieniu przez nich łącznie następujących warunków:<br>a) brak wcześniejszego leczenia,<br>b) brak cech dekompensacji czynności wątroby,<br>c) stwierdzenie obecności HCV-RNA w surowicy,<br>d) stwierdzenie obecności przeciwciał anty-HCV w surowicy.<br><br>**6. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia interferonami rekombinowanymi alfa:**<br>1) przeciwwskazania do stosowania interferonu pegylowanego;<br>2) nietolerancja lub działania niepożądane po stosowaniu interferonu pegylowanego;<br>3) przeciwwskazania do zastosowania interferonu pegylowanego alfa-2b u świadczeniobiorców poniżej 18 roku życia.<br>Interferon rekombinowany alfa w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C u dorosłych jest stosowany tylko w przypadku niemożności zastosowania interferonu pegylowanego alfa.<br><br>**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.<br><br>**8. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu:**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>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.<br>3.2. Dawkowanie interferonu pegylowanego alfa-2b w monoterapii:<br>1) 0,5 µg/kg masy ciała / tydzień lub<br>2) 1,0 µg/kg masy ciała / tydzień. Szczegóły dotyczące dawkowania w tym przypadku określone są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>3.3. Czas terapii dla leczenia skojarzonego:<br>1) genotyp 1 lub 4:<br>a) 48 tygodni, gdy<br>po 12 tygodniach stwierdzono brak wiremii HCV RNA,<br>b) dopuszczalne jest leczenie przez 24 tygodnie, gdy stwierdzono:<br>- niskie wyjściowe miano wirusa (< 600 000 j.m./ml) oraz<br>- brak wiremii HCV RNA w 4 tygodniu leczenia oraz<br>- brak wiremii HCV RNA w 24 tygodniu leczenia,<br>c) 72 tygodnie, gdy<br>po 12 tygodniach leczenia wiremia HCV RNA obniża się o co najmniej 2 $\log_{10}$ i zanika po 24 tygodniach leczenia;<br>2) genotyp 2 lub 3 - 24 tygodnie;<br>3) niezależnie od genotypu, przy współistniejącym zakażeniu HIV i HCV - 48 tygodni.<br>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:<br>a) po 12 tygodniach terapii nie stwierdza się spadku wiremii o minimum 2 $\log_{10}$ względem wartości wyjściowej albo<br>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.<br>3.5. U świadczeniobiorców z włóknieniem wątroby powyżej 2 punktów w skali Scheuer'a lub odpowiadającemu temu stopniowi | - oznaczenie poziomu fT4;<br>- oznaczenie poziomu AFP;<br>- proteinogram;<br>- oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową;<br>- USG jamy brzusznej;<br>h) po 24 tygodniach od zakończenia leczenia - w 48 albo 72, albo 96 tygodniu<br>- oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową;<br>**3) świadczeniobiorcy leczeni interferonem rekombinowanym alfa:**<br>a) w 1 dniu:<br>- morfologia krwi;<br>- oznaczenie poziomu ALT;<br>- próba ciążowa;<br>b) w 2, 4, 6, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48 tygodniu:<br>- morfologia krwi;<br>- oznaczenie poziomu ALT;<br>c) w 12, 24, 36 tygodniu:<br>- oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>- oznaczenie poziomu kwasu moczowego;<br>- oznaczenie poziomu TSH;<br>- oznaczenie poziomu fT4;<br>d) na zakończenie leczenia - w 24 albo 48 tygodniu:<br>- oznaczenie poziomu GGT;<br>- oznaczenie poziomu fosfatazy zasadowej;<br>- oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>- oznaczenie poziomu kwasu moczowego;<br>- oznaczenie poziomu TSH;<br>- oznaczenie poziomu fT4;<br>- oznaczenie poziomu AFP;<br>- proteinogram; |

| | | |
|---|---|---|
| 3) niewyrównana marskość wątroby;<br>4) ciężka współistniejąca choroba serca, w tym niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa;<br>5) niewyrównana cukrzyca insulinozależna;<br>6) choroby o podłożu autoimmunologicznym z wyłączeniem autoimmunologicznego zapalenia wątroby typu II (anty-LKM-1);<br>7) niewyrównana nadczynność tarczycy;<br>8) retinopatia (po konsultacji okulistycznej);<br>9) padaczka (po konsultacji neurologicznej);<br>10) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających;<br>11) ciąża lub karmienie piersią;<br>12) czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej);<br>13) choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematoonkologicznej lub hematologicznej);<br>14) inne przeciwwskazania do stosowania poszczególnych rodzajów interferonu, rybawiryny albo symeprewiru określone w odpowiednich charakterystykach produktów leczniczych.<br><br>**9. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 8 w trakcie leczenia;<br>2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia:<br>a) w opinii lekarza prowadzącego terapię lub<br>b) zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych;<br>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.<br><br>**4. Interferon rekombinowany alfa-2a oraz interferon rekombinowany alfa-2b**<br>4.1. Dawkowanie interferonu rekombinowanego alfa-2a oraz interferonu rekombinowanego alfa-2b w terapii skojarzonej z rybawiryną lub w monoterapii:<br>1) świadczeniobiorcy powyżej 18 roku życia - zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych;<br>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.<br><br>**5. Symeprewir**<br>7.1 Symeprewir stosowany jest w dawce 150 mg (1 tabletka 1 x dziennie).<br>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.<br>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;<br>- USG jamy brzusznej;<br>e) po 24 tygodniach od zakończenia leczenia - w 48 albo 72 tygodniu - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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).<br>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.<br>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.<br>7.5 Nie należy stosować redukcji dawek symeprewiru.<br>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.<br><br>**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**<br><br>**1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia imatynibem dzieci i dorosłych**<br>1) rozpoznanie mięsaka podścieliskowego przewodu pokarmowego potwierdzone histologicznie;<br>2) ekspresja CD117 potwierdzona immunohistochemicznie;<br>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**<br>**1.1. Dorośli**<br>a) dobowa dawka początkowa - 400 mg jednorazowo,<br>b) dobowa dawka w przypadku wystąpienia progresji 800 mg w dwóch dawkach (2x400mg).<br><br>**1.2. Dzieci**<br>a) dzieci o powierzchni ciała do 1m$^2$: 340 mg/m$^2$, dawka dobowa jednorazowo. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki dobowej dwukrotnie,<br>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.<br><br>**2. Dawkowanie sunitynibu**<br>**2.1. Dorośli**<br>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.<br>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**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) aktywność transaminaz wątrobowych;<br>4) stężenie bilirubiny;<br>5) aktywności fosfatazy zasadowej;<br>6) poziom albumin;<br>7) EKG;<br>8) tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań)<br>Badanie TK nie dotyczy leczenia adjuwantowego imatynibem, jeśli było wykonane przed zabiegiem operacyjnym;<br>9) oznaczenie mutacji KIT i PDGFRA (dotyczy wyłącznie kwalifikacji do leczenia adjuwantowego imatynibem).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia imatynibem albo sunitynibem**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) aktywność aminotransferaz wątrobowych;<br>4) stężenie bilirubiny;<br>5) aktywność fosfatazy zasadowej;<br>6) poziom albumin;<br>7) tomografia komputerowa |

| | | |
|---|---|---|
| 4) leczenie choroby zaawansowanej: brak możliwości wykonania resekcji lub obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego lub wyników badań obrazowych;<br>5) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu tomografii komputerowej;<br>6) stan sprawności (według klasyfikacji WHO 0-2 );<br>7) prawidłowe wyniki badań czynności szpiku (liczba płytek krwi ≥75000/$mm^3$, liczba bezwzględna neutrofili ≥1000/$mm^3$, stężenie hemoglobiny ≥ 8.0 g/dl);<br>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).<br><br>**1.2. Określenie czasu leczenia imatynibem w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**1.3. Kryteria wyłączenia z leczenia imatynibem**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na imatynib;<br>2) nawrót GIST podczas leczenia adjuwantowego, które może trwać maksymalnie do 36 miesięcy;<br>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 1$m^2$ progresja choroby w trakcie stosowania leku po zwiększeniu dawki imatynibu dwukrotnie;<br>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.<br><br>**2.2. Dzieci**<br>a) dzieci powyżej 6 r. ż. dawkowanie jak u dorosłych,<br>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.<br><br>**3. Dawkowanie sorafenibu**<br>**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.<br>Badania obrazowe (TK) należy wykonywać:<br>a) u pacjentów leczonych adjuwantowo imatynibem:<br>- pierwsze badanie - po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia uzupełniającego,<br>- następne badania – co 6 miesięcy do zakończenia uzupełniającego leczenia imatynibem (3 lata),<br>- następne badania – co 6 miesięcy do upływu 5-letniego okresu od rozpoczęcia leczenia uzupełniającego,<br>- następne badania – co 12 miesięcy;<br>b) u pacjentów z nieoperacyjnym lub rozsianym GIST:<br>- co 2 miesiące w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia,<br>- następne badania – co 3 miesiące.<br>Należy oceniać zmiany pod względem różnic ich wielkości (skala RECIST) i gęstości.<br><br>**3. Badania przy kwalifikacji do leczenia sorafenibem**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) aktywność transaminaz wątrobowych;<br>4) stężenie bilirubiny i kreatyniny;<br>5) aktywności fosfatazy zasadowej;<br>6) tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań).<br><br>**4. Monitorowanie leczenia sorafenibem**<br>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);<br>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);<br>6) stan sprawności według WHO 3-4;<br>7) obecność istotnych chorób współistniejących lub niewydolności narządowej (do oceny przez lekarza prowadzącego);<br>8) choroba serca oceniana na III lub IV klasę wg WHO (NYHA);<br>9) stosowanie warfaryny w pełnych dziennych dawkach;<br>10) ciąża;<br>11) karmienie piersią.<br><br>**2. Leczenie sunitynibem**<br><br>**2.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia sunitynibem dzieci i dorosłych**<br>1) rozpoznanie mięsaka podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) potwierdzone histologicznie;<br>2) ekspresja CD117 potwierdzona immunohistochemicznie;<br>3) brak możliwości resekcji zmian lub obecność przerzutów udokumentowane na podstawie oceny stanu klinicznego i wyników badań obrazowych;<br>4) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu komputerowej tomografii;<br>5) udokumentowana progresja w czasie leczenia imatynibem (oporność) lub nietolerancja imatynibu (3-4 stopień toksyczności); | | 1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) aktywność aminotransferaz wątrobowych;<br>4) stężenie bilirubiny i kreatyniny;<br>5) aktywność fosfatazy zasadowej;<br>6) badanie ciśnienia tętniczego;<br>7) tomografia komputerowa odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych (minimum jama brzuszna i miednica);<br>8) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>**5. Monitorowanie programu:**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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;<br>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;<br>7) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: liczba płytek krwi $\geq$ 75000/mm$^3$, liczba bezwzględna neutrofili $\geq$ 1000/ mm$^3$, stężenie hemoglobiny $\geq$ 8.0 g/dl;<br>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).<br><br>**2.2. Określenie czasu leczenia sunitynibem w programie.**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**2.3. Wyłączenie z programu leczenia sunitynibem:**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sunitynib;<br>2) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku;<br>3) brak skuteczności (pod postacią progresji choroby) po 3 miesiącach stosowania leku, nieakceptowalna, nawracająca (pomimo modyfikacji dawkowania) toksyczność według skali WHO $\geq$ 3 (zwłaszcza 3-krotny wzrost stężenia bilirubiny, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych, neutropenia lub małopłytkowość; wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia);<br>4) stan sprawności 4 według WHO. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Leczenie sorafenibem**<br><br>**3.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia sorafenibem**<br>1) wiek powyżej 18 roku życia;<br>2) potwierdzone histologicznie rozpoznanie mięsaka podścieliska przewodu pokarmowego (GIST);<br>3) brak możliwości resekcji zmian pierwotnych lub obecność przerzutów udokumentowane na podstawie oceny stanu klinicznego i wyników badań obrazowych;<br>4) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu tomografii komputerowej;<br>5) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem imatynibu (progresja w czasie leczenia imatynibem) oraz udokumentowana progresja w czasie leczenia sunitynibem (oporność) lub nietolerancja sunitynibu;<br>6) brak przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym;<br>7) potwierdzony stan sprawności ogólnej według klasyfikacji Zubroda-WHO 0-1;<br>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;<br>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);<br>10) brak przeciwwskazań do stosowania sorafenibu.<br><br>**3.2. Określenie czasu leczenia sorafenibem w programie.**<br>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:**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorafenib;<br>2) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania sorafenibu;<br>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;<br>4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności 2-4 według klasyfikacji Zubroda-WHO;<br>5) rezygnacja pacjenta. | | |

Załącznik B.4.

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

| 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**<br>1. Kryteria kwalifikowania<br>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;<br>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);<br>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;<br>4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;<br>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*;<br>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;<br>7) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;<br>8) wiek powyżej 18. roku życia;<br>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>• liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x$10^5$/$mm^3$,<br>• bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1500/$mm^3$,<br>• stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;<br>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>• stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych | **Cetuksymab** stosowany wg schematu:<br>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.<br>lub<br>2. 500 mg/$m^2$ powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny wówczas cetuksymab stosowany jest w odstępach 14-dniowych.<br><br>O wyborze schematu dawkowania decyduje lekarz prowadzący.<br><br>Cetuksymab stosowany jest w monoterapii (trzecia linia leczenia) lub wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI (pierwsza linia leczenia).<br><br>Chemioterapia według schematu FOLFIRI:<br>1) irynotekan 180 mg/$m^2$ dożylnie we wlewie trwającym 30-90 minut – dzień 1.;<br>2) folinian wapniowy w postaci racemicznej 200 mg/$m^2$ lub kwas lewofolinowy w równoważnej | **Badania podczas kwalifikowania do leczenia cetuksymabem lub panitumumabem:**<br>1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;<br>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*;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) oznaczenie stężenia:<br>a) mocznika,<br>b) kreatyniny,<br>c) bilirubiny<br>– w surowicy;<br>5) oznaczenie stężenia:<br>a) transaminaz (AspAT, AlAT),<br>b) dehydrogenazy mleczanowej (LDH)<br>c) magnezu<br>– w surowicy;<br>6) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;<br>7) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>8) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów;<br>9) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej;<br>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 x$10^5$/$mm^3$,
    - 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 em:**

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,<br>• stężenie kreatyniny w granicach normy;<br>12) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI;<br>13) wykluczenie ciąży;<br>14) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);<br>15) przeciwwskazania do zastosowania bewacyzumabu – niżej wymienione – nieobecne:<br>• nieusunięta pierwotna zmiana nowotworowa w jelicie grubym (chorzy kwalifikowani do leczenia bewacyzumabem muszą mieć wykonaną resekcję pierwotnej zmiany w jelicie grubym),<br>• czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,<br>• niestabilne nadciśnienie tętnicze,<br>• niestabilna choroba niedokrwienna serca,<br>• naczyniowe choroby ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie,<br>• wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia,<br>• stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień,<br>• stosowanie leków przeciwkrzepliwych lub antyagregacyjnych (dopuszczalne jest podawanie heparyny drobnocząsteczkowej w dawce profilaktycznej),<br>• niegojące się rany,<br>• zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia,<br>• białkomocz (z wyjątkiem stopnia 1 wg CTCAE), | dawki racematu) dożylnie we wlewie 2godziny – dzień 1. i 2.;<br>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).<br><br>Bewacyzumab – stosowany w odstępach 14-dniowych (lek nie może być stosowany w monoterapii).<br>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>Jeżeli przerwano stosowanie bewacyzumabu, to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.<br><br>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).<br><br>**Aflibercept** - 4 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę (dzień 1) wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI:<br>1) irynotekan 180 mg/m$^2$ powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 90 minut – dzień 1;<br>2) kwas folinowy 400 mg/m$^2$ powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny – dzień 1;<br>3) fluorouracyl 400 mg/m$^2$ powierzchni ciała dożylnie | obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>**Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia cetuksymabem lub panitumumabem:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia:<br>a) kreatyniny,<br>b) bilirubiny<br>– w surowicy;<br>3) oznaczenie stężenia:<br>a) transaminaz (AspAT, AlAT),<br>b) fosfatazy alkalicznej,<br>c) magnezu<br>– w surowicy;<br>4) ocena powikłań skórnych;<br>5) inne badanie w razie wskazań klinicznych.<br><br>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.<br>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.<br><br>Badania należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych. |

| | | |
|---|---|---|
| • alergia na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.<br><br>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez bewacyzumabu).<br><br>2. Określenie czasu leczenia<br>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>3. Kryteria wyłączenia z programu<br>1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) długotrwałe i istotne klinicznie działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;<br>4) utrzymujący się białkomocz stopnia co najmniej 2. wg CTCAE;<br>5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.<br><br>**III. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab**<br><br>1. Kryteria kwalifikowania<br>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;<br>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);<br>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;<br>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.<br>Cykl leczenia powtarza się co dwa tygodnie.<br><br>Aflibercept nie może być stosowany w monoterapii. | **Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia bewacyzumabem:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia:<br>a) kreatyniny,<br>b) bilirubiny<br>– w surowicy;<br>3) oznaczenie aktywności:<br>a) transaminaz (AspAT, AlAT),<br>b) fosfatazy alkalicznej<br>– w surowicy;<br>4) badanie ogólne moczu;<br>5) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>6) inne badanie w razie wskazań klinicznych.<br><br>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.<br><br>**Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia afliberceptem:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia:<br>a) kreatyniny,<br>b) bilirubiny<br>– w surowicy;<br>3) oznaczenie aktywności:<br>a) transaminaz (AspAT, AlAT),<br>b) fosfatazy alkalicznej<br>– w surowicy;<br>4) badanie ogólne moczu;<br>5) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>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*;<br>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;<br>7) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;<br>8) wiek powyżej 18. roku życia;<br>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>• liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x$10^5$/$mm^3$,<br>• bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1500/$mm^3$,<br>• stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;<br>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>• stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),<br>• aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,<br>• stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;<br>11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFOX;<br>12) niestosowanie wcześniej chemioterapii uzupełniającej z oksaliplatyną;<br>13) wykluczenie ciąży;<br>14) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);<br>15) przeciwwskazania do zastosowania panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne:<br>• 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.<br><br>**Monitorowanie skuteczności leczenia aflibercept em, bewacyzumabem, cetuksymabem lub panitumumabem:**<br>1) badanie KT odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej;<br>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się:<br>1) nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia;<br>2) w chwili wyłączenia z programu, o ile nastąpiło z innych przyczyn niż udokumentowana progresja choroby;<br>3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych.<br><br>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST.<br><br>**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.<br><br>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez panitumumabu).<br><br>2. Określenie czasu leczenia<br>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>3. Kryteria wyłączenia z programu<br>1) objawy nadwrażliwości na panitumumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;<br>4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc;<br>5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.<br><br>**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.**<br>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:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br>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).<br><br>2. Określenie czasu leczenia<br>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>3. Kryteria wyłączenia z programu<br>1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;<br>4) utrzymujący się białkomocz stopnia co najmniej 2. wg CTCAE;<br>5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.<br>**IV. Leczenie drugiej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej aflibercept**<br><br>1. Kryteria kwalifikowania<br>1) histologicznie potwierdzony raka jelita grubego;<br>2) potwierdzenie uogólnienia nowotworu, tj. obecności przerzutów w narządach odległych na podstawie wyników badań obrazowych;<br>3) brak możliwości wykonania radykalnej metastazektomii;<br>4) udokumentowana nieskuteczność zastosowanej w | | |

| | | |
|---|---|---|
| zaawansowanym stadium chemioterapii pierwszej linii z udziałem fluoropirymidyny i oksaliplatyny;<br>5) niestosowanie wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem irynotekanu lub afliberceptu;<br>6) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie według klasyfikacji RECIST;<br>7) stan sprawności ogólnej:<br>- 0 według klasyfikacji Zubroda-WHO i dowolna liczba przerzutów w narządach odległych lub<br>- 1 według klasyfikacji Zubroda-WHO i jedna lokalizacją przerzutu w narządach odległych;<br>8) wiek powyżej 18. roku życia;<br>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x $10^5/mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba neutrofili większa lub równa $1500/mm^3$,<br>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;<br>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),<br>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,<br>c) stężenie kreatyniny w granicach normy;<br>11) wykluczenie ciąży;<br>12) nieobecność przerzutów w mózgu (w przypadku objawów klinicznych ze strony ośrodkowego układu nerwowego konieczne jest wykluczenie przerzutów na podstawie badania obrazowego);<br>13) nieobecność przeciwwskazań do chemioterapii według schematu FOLFIRI ; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 14) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania afliberceptu, którymi są:<br>a) nieusunięta pierwotna zmiana nowotworowa w jelicie grubym (pacjenci kwalifikowani do leczenia afliberceptem muszą mieć wykonaną resekcję pierwotnej zmiany w jelicie grubym),<br>b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,<br>c) nie poddające się kontroli nadciśnienie tętnicze,<br>d) zastoinowa niewydolność krążenia klasy III lub IV wg NYHA,<br>e) tętniczy incydent zatorowo-zakrzepowy,<br>f) żylne zdarzenie zakrzepowo-zatorowe zagrażające życiu- stopień IV (w tym zatorowość płucna),<br>g) choroby naczyniowe ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie,<br>h) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia,<br>i) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień,<br>j) niegojące się rany,<br>k) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia,<br>l) białkomocz ≥ 2g/24 godziny oznaczony w dobowej zbiórce moczu - jeśli poprzedzające badanie ogólne moczu było nieprawidłowe,<br>m) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.<br>Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie.<br><br>2 Określenie czasu leczenia<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. | | |

| | | |
|---|---|---|
| 3. Kryteria wyłączenia z programu:<br><br>1) objawy nadwrażliwości na aflibercept lub którykolwiek składnik chemioterapii według schematu FOLFIRI;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO;<br>4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności według klasyfikacji Zubroda-WHO do stopnia 2 lub wyższych.<br><br>**V. Leczenie trzeciej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab lub cetuksymab w monoterapii**.<br>1. Kryteria kwalifikowania<br>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;<br>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);<br>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;<br>4) brak wcześniejszego leczenia panitumumabem lub cetuksymabem z powodu raka jelita grubego;<br>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*;<br>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;<br>7) stan sprawności w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO;<br>8) wiek powyżej 18. roku życia;<br>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>• liczba płytek krwi większa lub równa 0,75 x $10^5/mm^3$,<br>• bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa$1000/mm^3$,<br>• stężenie hemoglobiny większe lub równe8,0 g/dl;<br>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: | | |

| | | |
|---|---|---|
| • stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),<br>• aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,<br>• stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy;<br>11) wykluczenie ciąży;<br>12) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);<br>13) przeciwwskazania do zastosowania cetuksymabu lub panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne:<br>• włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,<br>• nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.<br><br>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – brak standardowego leczenia).<br><br>2. Określenie czasu leczenia<br>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>3. Kryteria wyłączenia z programu<br>1) objawy nadwrażliwości na cetuksymab lub panitumumab lub jakikolwiek składnik chemioterapii;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) długotrwałe i istotne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;<br>4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności | | |

| | | |
|---|---|---|
| do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.<br>**VI. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>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.<br>2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.<br>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:**<br>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);<br>2) brak możliwości zastosowania leczenia miejscowego lub jego nieskuteczność;<br>3) stan sprawności 0-1 według WHO;<br>4) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh;<br>5) nieobecność przerzutów poza wątrobą;<br>6) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z kryteriami RECIST;<br>7) wskaźniki morfologii krwi:<br>a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 8,5 g/dl,<br>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.<br>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).<br>3. Jeżeli istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w okresie 4 tygodni pomimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.<br>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.<br>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:**<br>1) potwierdzenie raka wątrobowokomórkowego histologiczne lub cytologiczne lub radiologiczne przy pomocy kontrastowej trójfazowej dynamicznej CT lub MRI (u pacjentów z marskością wątroby);<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia mocznika, kreatyniny, AspAT, AlAT, fosfatazy alkalicznej, bilirubiny, wapnia, białka, glukozy, albumin, AFP w surowicy;<br>4) oznaczenie antygenu HBS oraz przeciwciał anty-HCV w surowicy;<br>5) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego;<br>6) tomografia komputerowa jamy brzusznej i klatki piersiowej (w celu wykluczenia przerzutów pozawątrobowych);<br>7) RTG klatki piersiowej;<br>8) EKG;<br>9) próba ciążowa (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>10) pomiar ciśnienia tętniczego.<br><br>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia:**<br>1) co 4 tygodnie (lub w chwili rozpoczynania kolejnego |

| | | |
|---|---|---|
| c) liczba płytek większa lub równa 60 x $10^9$/l;<br>8) wskaźniki czynności nerek - stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy;<br>9) wskaźniki czynności wątroby:<br>a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 3 mg/dl,<br>b) stężenie AspAT i AlAT mniejsze lub równe 5-krotności górnej granicy normy,<br>c) stężenie albumin większe lub równe 3 g/dl,<br>d) INR mniejsze lub równe 2,3 lub czas protrombinowy przedłużony o maksymalnie 6 sekund powyżej górnej granicy normy;<br>10) niestosowanie w przeszłości farmakologicznego leczenia przeciwnowotworowego z powodu raka wątrobowokomórkowego;<br>11) u kobiet w wieku rozrodczym wykluczenie ciąży na podstawie testu ciążowego.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:**<br>1) brak udokumentowanego rozpoznania raka wątrobowokomórkowego zgodnie z kryteriami włączenia;<br>2) przebyta chemioterapia lub innego rodzaju farmakologiczne leczenie z powodu raka wątrobowokomórkowego;<br>3) możliwość zastosowania leczenia miejscowego raka wątrobowokomórkowego;<br>4) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze;<br>5) stan sprawności 2-4 według WHO;<br>6) obecność przerzutów poza wątrobą;<br>7) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze; | | 28-dniowego kursu jeżeli leczenie było czasowo przerwane):<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny, AspAT, AlAT, fosfatazy alkalicznej, bilirubiny w surowicy,<br>c) pomiar ciśnienia tętniczego,<br>d) inne - w razie wskazań klinicznych;<br>2) nie rzadziej niż co 12 tygodni (lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu jeżeli leczenie było czasowo przerwane):<br>a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,<br>b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,<br>c) tomografia komputerowa jamy brzusznej,<br>d) RTG klatki piersiowej,<br>e) EKG,<br>f) inne badania – w razie wskazań klinicznych;<br>3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych:<br>a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,<br>b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,<br>c) tomografia komputerowa jamy brzusznej,<br>d) RTG klatki piersiowej,<br>e) EKG.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>9) uszkodzenie szpiku kostnego, nerek lub wątroby (brak spełnienia laboratoryjnych kryteriów włączenia do programu);<br>10) ciąża lub karmienie piersią;<br>11) brak zgody na stosowanie efektywnej antykoncepcji (u mężczyzn lub u kobiet w okresie prokreacyjnym).<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorafenib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) obiektywna progresja choroby w trakcie stosowania leku;<br>3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia, w tym istotnego pogorszenia stanu sprawności ogólnej;<br>4) istotne, w ocenie lekarza prowadzącego, pogorszenie jakości życia świadczeniobiorcy;<br>5) rezygnacja świadczeniobiorcy. | | leczenia;<br>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*)**<br><br>1.1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:<br>a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego<br>lub<br>b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego<br>lub<br>d) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS);<br><br>1.2. obecność mutacji aktywującej w genie *EGFR* kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. *epidermal growth factor receptor* – EGFR);<br><br>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**<br><br>1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych;<br>2) potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów *EGFR* oraz *ALK*) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PD1, PDL1) zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>9) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PDL1;<br>10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>11) elektrokardiografia (EKG);<br>12) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;<br>13) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia**<br><br>1) morfologia krwi z rozmazem; |

| | | |
|---|---|---|
| radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);<br><br>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;<br><br>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;<br><br>1.6. wiek powyżej 18. roku życia;<br><br>1.7. sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów WHO lub ECOG;<br><br>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);<br><br>1.9. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br><br>1.10. czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy); | | 2) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>7) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PDL1;<br>8) EKG.<br><br>Wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-tygodniowych (wyjątek – badania czynnościowe tarczycy wykonywane co 8 tygodni).<br><br>W przypadku pembrolizumabu wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 6-12 tygodniowych.<br><br>**3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia**<br><br>1) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;<br>2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.<br><br>Badania wykonywane są co 3 miesiące.<br><br>**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:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;<br><br>1.12. nieobecność przeciwwskazań do stosowania erlotynibu lub gefitynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br><br>1.13. wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie;<br><br>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;<br><br>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;<br><br>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;<br><br>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. | | **4. Monitorowanie programu**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);<br>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;<br>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).<br>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*)**<br><br>2.1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne<br>a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego<br>lub<br>b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub wielkokomórkowego<br>lub<br>c) raka niedrobnokomórkowego NOS;<br><br>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*;<br><br>2.3. obecność mutacji T790M w genie *EGFR*;<br><br>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;<br><br>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;<br><br>2.6. wiek powyżej 18. roku życia;<br><br>2.7. sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;<br><br>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);<br><br>2.9. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br><br>2.12. czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);<br><br>2.13. czynność wątroby umożliwiająca leczenie:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;<br><br>2.14. nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br><br>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);<br><br>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.<br><br>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.<br><br>**3. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia przy wykorzystaniu substancji czynnej kryzotynib (druga lub trzecia linia leczenia)**<br>3.1 rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne gruczolakoraka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą utkania gruczolakoraka;<br>3.2 rozpoznanie wymienionego nowotworu w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia;<br>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.<br>3.4 progresja po zastosowaniu chemioterapii w pierwszej linii leczenia po uprzednim leczeniu systemowym (chemioterapia wielolekowa z udziałem chodnej platyny lub monoterapii);<br>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;<br>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;<br>3.7 ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek – utrata włosów);<br>3.8 wiek powyżej 18 roku życia;<br>3.9 sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>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);<br>3.11 czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>3.12. czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);<br>3.13. czynność wątroby umożliwiająca leczenie:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 3.14 nieobecność przeciwwskazań do stosowania kryzotnibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>3.15. wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**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%)**<br><br>4.1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca;<br><br>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.<br><br>4.3. wykluczenie mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genu *ALK* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobno komórkowego raka płuca NOS;<br><br>4.4. zaawansowanie kliniczne w stopniu IV<br><br>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;<br><br>4.7. wiek powyżej 18. roku życia;<br><br>4.8. sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br><br>4.9. wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;<br><br>4.10. nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1,, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;<br><br>4.11.czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br><br>4.12. czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);<br><br>4.13. czynność wątroby umożliwiająca leczenie:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy, | | |

| | | |
|---|---|---|
| b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;<br><br>4.14. nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br><br>4.15. wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz leków ukierunkowanych molekularnie;<br><br>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.<br><br>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.<br><br>**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)**<br>5.1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca o typie płaskonabłonkowym<br><br>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);<br><br>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;<br><br>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;<br><br>5.6. wiek powyżej 18. roku życia;<br><br>5.7. sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br><br>5.8. wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;<br><br>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;<br><br>5.11. czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);<br><br>5.12. czynność wątroby umożliwiająca leczenie:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;<br><br>5.13. nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br><br>5.14. wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz leków ukierunkowanych molekularnie;<br><br>5.15. ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek – utrata włosów);<br><br>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.<br><br>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.<br><br>**6. Określenie czasu leczenia w programie** | | |

| | | |
|---|---|---|
| **6.1. Inhibitory tyrozynowej kinazy EGFR (erlotynib, gefitynib, ozymertynib) i ALK (kryzotynib)**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z:<br>(1) z zasadami terapii określonymi w punktach 6.1.1., 6.1.2., 6.1.3.;<br>oraz<br>(2) z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 7.<br><br>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.<br><br>6.1.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):<br>(1) przed leczeniem - nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku;<br>(2) w czasie leczenia - co 3 miesiące (ważność badania - 14 dni).<br><br>6.1.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.:<br>(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);<br>(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.<br><br>**6.2. Inhibitory PD1 (pembrolizumab, niwolumab)**<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z:<br>(1) z zasadami terapii określonymi w punktach 6.2.1., 6.2.2., 6.2.3.;<br>oraz<br>(2) z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 7.<br><br>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:<br><br>a) zapalenia płuc w stopniu 2. lub większym;<br><br>b) biegunki lub objawów zapalenia jelita grubego w stopniu 2. lub większym;<br><br>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;<br><br>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;<br><br>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):<br>(1) przed leczeniem – nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku;<br>(2) w czasie leczenia – co 3 miesiące (ważność badania – 14 dni).<br><br>6.1.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.:<br>(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);<br>(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.<br><br>**7. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>7.1. wystąpienie progresji choroby – potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub/i obrazowym – ocenionej według kryteriów skali RECIST 1.1.:<br>a) powiększenie się istniejących zmian o przynajmniej 20% lub<br>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);<br>7.2. pogorszenie – istotne klinicznie – stanu chorego w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;<br>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.);<br>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.);<br>7.5. wystąpienie nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;<br>7.6. wystąpienie autoimmunologicznego zapalenia narządowego o nasileniu w stopniach wyższych niż wymienione w punkcie 6.2.1. podczas stosowania inhibitorów PD1 lub PDL1.<br>7.6. obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów WHO lub ECOG;<br>7.7. przerwanie stosowania inhibitorów EGFR i ALK oraz ROS1 dłuższe niż 3 tygodnie wskutek wystąpienia niepożądanych działań leczenia;<br>7.8. pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>7.9. wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego).<br>**8. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>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.<br>2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.<br>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**<br><br>**1.1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) rozpoznanie zaawansowanego miejscowo (nieresekcyjnego) lub przerzutowego mięsaka o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma);<br>2) stopień sprawności 0-1 według klasyfikacji WHO;<br>3) należna masa ciała (dopuszczalny ubytek masy ciała mniejszy niż 10% wartości należnej);<br>4) niewystępowanie poważnych chorób współistniejących o istotnym znaczeniu dla zastosowania chemioterapii;<br>5) możliwość przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie według kryteriów klasyfikacji RECIST;<br>6) liczba granulocytów obojętnochłonnych (ANC) większa lub równa 1500/mm$^3$;<br>7) liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm$^3$;<br>8) stężenie bilirubiny nieprzekraczające górnej granicy normy;<br>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);<br>10) poziom albuminy większy lub równy 25 g/l;<br>11) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy; | **1. Dawkowanie trabektedyny**<br><br>1.1 Zalecana dawka trabektedyny wynosi 1,5 mg/m$^2$ powierzchni ciała.<br>1.2 Podanie leku obejmuje wlew dożylny trwający 24 godziny. Lek podaje się przez cewnik w żyle centralnej.<br>1.3 Przerwa pomiędzy cyklami leczenia wynosi 3 tygodnie.<br>1.4 W ramach premedykacji należy zastosować kortykosteroidy.<br>1.5 Przed podaniem drugiej i kolejnych dawek leku muszą być spełnione łącznie następujące kryteria dotyczące parametrów biochemicznych:<br>1) liczba granulocytów obojętnochłonnych (ANC) większa lub równa 1500/mm$^3$;<br>2) liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm$^3$;<br>3) stężenie bilirubiny nieprzekraczające górnej granicy normy;<br>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**<br><br>**1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:**<br>1) histologiczne potwierdzenie określonego typu mięsaka zgodnie z kryteriami włączenia - w przypadku diagnostyki mięsaka gładkokomórkowego konieczne wykonanie immunohistochemicznego oznaczenia desminy;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>4) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy lub klirens kreatyniny;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej (w tym 5-nukleotydazy lub GGT, w przypadku gdy podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego);<br>9) oznaczenie poziomu albumin w surowicy;<br>10) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;<br>11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>12) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego odpowiednich okolic ciała.<br><br>**1.2. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>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),<br>h) złośliwego obwodowego guza osłonek nerwowych;<br>2) stopień złośliwości histologicznej średni lub wysoki (G2 lub G3);<br>3) progresja choroby (wg kryteriów RECIST):<br>a) w trakcie lub przynajmniej po jednym schemacie chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej, lub<br>b) w ciągu 12 miesięcy od zakończenia chemioterapii neoadiuwantowej lub adiuwantowej;<br>4) wiek powyżej 18 lat;<br>5) stopień sprawności 0-1 według klasyfikacji WHO;<br>6) brak przerzutów w obrębie OUN;<br>7) wydolność szpiku kostnego wyrażona następującymi wartościami:<br>a) poziom hemoglobiny większy lub równy 9,0 g/dl,<br>b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/$mm^3$,<br>c) liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/$mm^3$;<br>8) poziom kreatyniny mniejszy lub równy 1,5-krotności górnej granicy normy lub klirens kreatyniny większy lub równy 50 ml/min;<br>9) poziom bilirubiny mniejszy lub równy 1,5-krotności górnej granicy normy;<br>10) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy;<br>11) frakcja wyrzutowa lewej komory większa lub równa dolnej granicy normy lokalnej instytucji.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**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.<br><br>**3. Leczenie mięsaków tkanek miękkich sunitynibem**<br><br>**3.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:**<br>1) histologiczne potwierdzenie mięsaka pęcherzykowatego zgodnie z kryteriami włączenia;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny;<br>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;<br>6) badanie elektrokardiograficzne;<br>7) badanie echokardiograficzne;<br>8) oznaczenie poziomu TSH;<br>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;<br>10) badanie ogólne moczu;<br>11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**3.2. Monitorowanie leczenia:**<br>1) badania biochemiczne:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny,<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny,<br>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej, |

| | | |
|---|---|---|
| 1) rozpoznanie histopatologiczne mięsaka tkanek miękkich:<br>a) chrzęstniakomięsaka,<br>b) mięsaka Ewinga / prymitywnych guzów neuroektodermalnych,<br>c) tłuszczakomięsaka,<br>d) wszystkich mięśniakomięsaków prążkowanokomórkowych innych niż pleomorficzne i pęcherzykowe,<br>e) mięsaka kościopochodnego,<br>f) nowotworu podścieliskowego przewodu pokarmowego,<br>g) włókniakomięsaka guzowatego skóry,<br>h) zapalnego guza miofibroblastycznego,<br>i) złośliwego międzybłoniaka,<br>j) mieszanego guza mezodermalnego trzonu macicy,<br>k) innych typów niewymienionych jako spełniające kryteria włączenia;<br>2) wcześniejsze leczenie inhibitorami angiogenezy;<br>3) niewłaściwa kontrola nadciśnienia tętniczego (wartości powyżej 150/ 90 mmHg);<br>4) przebyte w ciągu ostatnich 6 miesięcy choroby, zabiegi lub stany kliniczne:<br>a) angioplastyka naczyń wieńcowych,<br>b) stentowanie naczyń wieńcowych,<br>c) zawał mięśnia sercowego,<br>d) niestabilna dusznica bolesna,<br>e) pomostowanie naczyń wieńcowych,<br>f) objawowe choroby naczyń obwodowych (stopień III lub IV wg NYHA),<br>g) epizod naczyniowo- mózgowy,<br>h) zatorowość płucna,<br>i) nieleczona zakrzepica żył głębokich,<br>j) niekontrolowane leczenie lub profilaktyka wtórna epizodów zakrzepowo-zatorowych,<br>k) klinicznie istotne krwawienia, | | e) badanie ogólne moczu;<br>2) inne badania:<br>a) systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego.<br>Badania kontrolne wymienione w punktach 1 i 2 należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy – nie rzadziej niż raz na 8-12 tygodni.<br>3) badania obrazowe<br>Badania obrazowe (tomografia komputerowa, ewentualnie rezonans magnetyczny) w celu oceny kontroli choroby (wg kryteriów RECIST) należy wykonywać nie rzadziej niż co 3 miesiące.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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.<br>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;<br>5) niegojące lub ciężko gojące się rany w ciągu ostatnich 28 dni;<br>6) nadwrażliwość na pazopanib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>7) ciąża lub karmienie piersią.<br><br>**2.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu z powodu progresji lub nieakceptowanej toksyczności.<br><br>**2.4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) progresja choroby – oceniana zgodnie z kryteriami RECIST;<br>2) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na pazopanib;<br>3) rezygnacja pacjenta.<br><br>**3. Leczenie mięsaków tkanek miękkich sunitynibem**<br><br>**3.1. Kryteria kwalifikacji:**<br>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);<br>2) zmiany mierzalne w badaniu tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;<br>3) wiek 18 lat i więcej;<br>4) stopień sprawności 0-2 według klasyfikacji WHO;<br>5) wydolność szpiku kostnego wyrażona następującymi wartościami:<br>a) poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl, | | |

| | | |
|---|---|---|
| b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1000/$mm^3$;<br>c) liczba płytek krwi większa lub równa 75 000/$mm^3$;<br>6) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy lub klirens kreatyniny większy lub równy 50 ml/ min;<br>7) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy;<br>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);<br>9) frakcja wyrzutowa lewej komory większa lub równa dolnej granicy normy lokalnej instytucji.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**3.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:**<br>1) niewłaściwa kontrola nadciśnienia tętniczego (wartości powyżej 150/ 90 mmHg);<br>2) przebyte w ciągu ostatnich 6 miesięcy choroby, zabiegi chirurgiczne lub stany kliniczne:<br>a) angioplastyka naczyń wieńcowych,<br>b) stentowanie naczyń wieńcowych,<br>c) zawał mięśnia sercowego,<br>d) niestabilna dusznica bolesna,<br>e) pomostowanie naczyń wieńcowych,<br>f) objawowe choroby naczyń obwodowych (stopień III lub IV wg NYHA),<br>g) epizod naczyniowo- mózgowy,<br>h) zatorowość płucna,<br>i) nieleczona zakrzepica żył głębokich,<br>j) niekontrolowane leczenie lub profilaktyka wtórna epizodów zakrzepowo-zatorowych, | | |

| | | |
|---|---|---|
| k) klinicznie istotne krwawienia,<br>l) duże zabiegi chirurgiczne niezwiązane z leczeniem choroby podstawowej;<br>3) niewygojone naruszenie ciągłości powłok (np. rana pooperacyjna lub inne);<br>4) nadwrażliwość na sunitynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>5) ciąża lub karmienie piersią.<br><br>**3.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu z powodu progresji lub nieakceptowanej toksyczności.<br><br>**3.4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) progresja choroby - oceniana zgodnie z kryteriami RECIST;<br>2) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na sunitynib;<br>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**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) histologiczne rozpoznanie inwazyjnego raka piersi;<br>2) nadekspresja HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH);<br>3) stopień zaawansowania:<br>a) nowotwór pierwotnie klinicznie operacyjny:<br>– wyjściowo średnica guza powyżej 10 mm lub cecha cN1, jeśli chore były poddane systemowemu leczeniu przedoperacyjnemu,<br>lub<br>– 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,<br>albo<br>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**<br>1) Dawkowanie leku, modyfikacja dawki, techniczne zasady podawania leku i postępowanie w sytuacjach szczególnych – zgodnie z ChPL.<br>2) W programie lekowym trastuzumab podaje się:<br>a) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami,<br>b) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami w skojarzeniu z paklitakselem lub docetakselem,<br>c) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem docetakselu i karboplatyny,<br>d) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej.<br>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**<br>**1.1. Wykaz badań przy kwalifikacji:**<br>a) dostępny wynik badania immunohistochemicznego lub hybrydyzacji in situ (ISH) (ocena nadekspresji HER2, stopień ekspresji receptorów ER i PGR),<br>b) morfologia krwi z rozmazem,<br>c) poziom kreatyniny,<br>d) poziom AlAT,<br>e) poziom AspAT,<br>f) stężenie bilirubiny,<br>g) USG jamy brzusznej,<br>h) RTG klatki piersiowej,<br>i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej),<br>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,<br>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<br><br>albo<br><br>b) miejscowo zaawansowanego lub nawrotowego raka piersi, jeśli leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania – dotyczy wyłącznie trastuzumabu;<br><br>2) udokumentowana nadekspresja HER2 (wynik /3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH);<br><br>3) wcześniejsze leczenie:<br><br>a) udokumentowane niepowodzenie leczenia z wykorzystaniem:<br><br>– chemioterapii z użyciem antracyklin lub w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do zastosowania antracyklin leków z innej grupy – dla trastuzumabu stosowanego z lekiem o działaniu cytotoksycznym<br><br>lub<br><br>– co najmniej 2 linii chemioterapii z użyciem antracyklin i taksanów - dla trastuzumabu stosowanego w monoterapii<br><br>albo<br><br>b) brak wcześniejszej chemioterapii z powodu przerzutowego raka piersi – wyłącznie dla trastuzumabu w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy,<br><br>albo<br><br>c) udokumentowana progresja po leczeniu trastuzumabem – dla lapatynibu w skojarzeniu z kapecytabiną;<br><br>4) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej i badania ECHO (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu) z frakcją wyrzutową lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%;<br><br>5) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek; | | m) test ciążowy (u kobiet w wieku przedmenopauzalnym).<br><br>**2.2. Monitorowanie leczenia:**<br><br>1) Badania wykonywane nie rzadziej niż:<br><br>a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii<br><br>b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii lub w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy:<br><br>– morfologia krwi z rozmazem (w przypadku stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie należy wykonać również przed każdym podaniem cytostatyku),<br><br>– poziom kreatyniny,<br><br>– poziom AlAT,<br><br>– poziom AspAT,<br><br>– stężenie bilirubiny,<br><br>2) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące:<br><br>a) USG jamy brzusznej lub badanie tomografii komputerowej w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian)<br><br>b) RTG klatki piersiowej lub badanie tomografii komputerowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian),<br><br>c) scyntygrafia kośćca lub inne badanie obrazowe (w zależności od oceny klinicznej),<br><br>Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>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);<br>7) brak cech klinicznie istotnej niewydolności szpiku kostnego;<br>8) nieobecność nasilonej duszności spoczynkowej związanej z zaawansowanym nowotworem;<br>9) stan sprawności 0-2 wg WHO;<br>10) wykluczenie ciąży u kobiet w wieku przedmenopauzalnym.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>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.<br>**2.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:**<br>1) niewydolność krążenia, niewydolność wieńcowa, niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;<br>2) niewydolność oddechowa związana z innymi chorobami współistniejącymi;<br>3) okres ciąży i karmienia piersią;<br>4) przeciwwskazania do stosowania trastuzumabu wynikające z nadwrażliwości na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze;<br>5) stan sprawności 3-4 wg WHO;<br>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):<br>a) EKG,<br>b) ECHO.<br>**3. Leczenie zaawansowanego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem**<br>**3.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:**<br>1) badanie immunohistochemiczne i/lub metodą hybrydyzacji in situ receptorowego białka HER2 lub amplifikacji genu HER2);<br>2) morfologia krwi a rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>4) oznaczenie aktywności ALAT;<br>5) oznaczenie aktywności AspAT;<br>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>7) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej:<br>8) oznaczenie stężenia sodu;<br>9) oznaczenie stężenia potasu;<br>10) oznaczenie stężenia wapnia;<br>11) RTG lub KT klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;<br>12) USG lub KT jamy brzusznej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;<br>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.<br>**3. Leczenie zaawansowanego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem chorych z:**<br>1) uogólnionym<br>lub<br>2) miejscowo zaawansowanym lub nawrotowym rakiem piersi jeśli leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania.<br>**3.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) potwierdzony histologicznie:<br>a) rak piersi uogólniony<br>lub<br>b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi jeśli leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania;<br>2) nadekspresja receptorowego białka HER2 (wynik /3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ):<br>3) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej lub ocenialnej;<br>4) stan sprawności 0-1 według WHO;<br>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%;<br>6) brak przeciwwskazań (w tym dotyczących wyników badań laboratoryjnych) do zastosowania docetakselu<br>**3.2. Określenie czasu leczenia w programie:** | | 14) EKG i ECHO serca, konsultacja kardiologiczna;<br>15) próba ciążowa (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę);<br>16) KT lub MRI mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne).<br>**3.2. Monitorowanie leczenia**<br>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:<br>a) morfologia krwi a rozmazem;<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>c) oznaczanie aktywności AlAT;<br>d) oznaczenie aktywności AspAT;<br>e) oznaczenie stężenia bilirubiny.<br>f) oznaczenie stężenia sodu;<br>g) oznaczenie stężenia potasu;<br>h) oznaczenie stężenia wapnia.<br>2) Co 3 miesiące:<br>a) EKG i ECHO;<br>3) Konsultacja kardiologiczna w zależności od wskazań klinicznych.<br>4) Co 3 miesiące lub w przypadku wskazań klinicznych (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej):<br>a) USG lub KT jamy brzusznej,<br>b) RTG lub KT klatki piersiowej.<br>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.<br><br>Chore powinny otrzymać przynajmniej 6 cykli docetakselu, wcześniejsze zakończenie chemioterapii jest możliwe tylko, gdy wystąpią istotne objawy niepożądane uniemożliwiające jej kontynuację.<br><br>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.<br><br>**3.3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie:**<br><br>1) nadwrażliwość na trastuzumab, pertuzumab lub substancje pomocnicze<br>2) nasilona duszność spoczynkowa związana z zaawansowaniem nowotworu lub innymi chorobami;<br>3) niewydolność sercowo-naczyniowa i nadciśnienie tętnicze nie poddające się leczeniu farmakologicznemu;<br>4) stan sprawności 2-4 według WHO;<br>5) ciąża i karmienie piersią;<br>6) stosowanie w przeszłości z powodu uogólnionego raka piersi chemioterapii lub terapii przeciw-HER2;<br>7) przebyte leczenie uzupełniające trastuzumabem, jeżeli okres od zakończenia terapii trastuzumabem do nawrotu raka piersi jest krótszy niż 12 miesięcy;<br>8) obecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym potwierdzonych wynikami badania obrazowego wykonanego w sytuacji wystąpienia klinicznych wskazań;<br>9) inne poważne współistniejące choroby uniemożliwiające przeprowadzenie leczenia. | | a) scyntygrafia kośćca (w odniesieniu do chorych z przerzutami do kości).<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br><br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>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.<br><br>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:**<br>1) Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) lub pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem:<br>a) progresja choroby nowotworowej,<br>b) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 wg WHO,<br>c) istotna klinicznie i utrzymująca się toksyczność stopnia przynajmniej 3 wg WHO,<br>d) pojawienie się objawów nadwrażliwości na trastuzumab, białko mysie, lub substancje pomocnicze;<br>2) Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem albo lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną:<br>a) progresja choroby,<br>b) utrzymujące pogorszenie się stanu sprawności do stopnia 3-4 wg WHO,<br>c) istotna klinicznie i utrzymująca się toksyczność stopnia przynajmniej 3 wg WHO, zwłaszcza wystąpienie objawów zahamowania czynności szpiku lub objawów niewydolności krążenia,<br>d) pojawienie się objawów nadwrażliwości na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze;<br>3) Leczenie zaawansowanego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem:<br>a) toksyczność leczenia według klasyfikacji WHO ≥3 stopnia (poza toksycznością związaną z leczeniem docetakselem);<br>b) utrzymujące pogorszenie się stanu sprawności do stopnia 3-4 wg WHO,<br>c) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia;<br>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**<br><br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br><br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym;<br>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);<br>3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki;<br>4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);<br>5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;<br>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;<br>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);<br>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego; | **1. Sunitynib**<br><br>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.<br>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.<br>1.3. Jeżeli ciężkie objawy niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, to należy definitywnie zakończyć leczenie.<br>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**<br><br>1) histologiczne potwierdzenie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym komponentem jasnokomórkowym;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>4) oznaczenie stężenia mocznika (nie dotyczy kabozantynibu);<br>5) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy kabozantynibu i niwolumabu);<br>10) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) (nie dotyczy ewerolimusu i temsyrolimusu);<br>11) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;<br>12) oznaczenie białka w moczu – dla aksytynibu i kabozantynibu;<br>13) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej – dla niwolumabu;<br>14) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg) – dla niwolumabu; |

| | | |
|---|---|---|
| 9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);<br>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry;<br>12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>- stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>- aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,<br>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>- liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,<br>- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,<br>- poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;<br>13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;<br>14) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**1.3. Kryteria wyłączenia z programu** | 1.5. Ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia.<br><br>**2. Sorafenib**<br><br>2.1. Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg (2 razy dziennie po 2 tabletki zawierające 200 mg) bez przerw.<br>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).<br>2.3. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.<br>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.<br>2.5. Ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia.<br><br>**3. Pazopanib**<br><br>3.1. Zalecana dawka pazopanibu wynosi 800 mg doustnie raz na dobę<br>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;<br>16) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;<br>17) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>18) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej;<br>19) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;<br>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);<br>21) elektrokardiogram (EKG);<br>19) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>22) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br><br>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>**2. Badania przy kwalifikacji do leczenia temsyrolimusem**<br><br>1) histologiczne potwierdzenia raka nerkowokomórkowego;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie liczby płytek krwi;<br>4) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>5) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej i alaninowej;<br>8) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;<br>10) oznaczenie poziomu glukozy;<br>11) oznaczenie poziomu fosfatazy alkalicznej;<br>12) oznaczenie poziomu cholesterolu;<br>13) oznaczenie poziomu trójglicerydów;<br>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;<br>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);<br>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;<br>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);<br>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry;<br>12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>- stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>- aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,<br>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>- liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,<br>- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,<br>- poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;<br>13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;<br>14) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. | aksytynibu do 3 mg dwa razy na dobę, a następnie do 2 mg dwa razy na dobę.<br>4.4. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.<br>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.<br>**5. Ewerolimus**<br>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.<br>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).<br>5.3. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.<br>5.4. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 5 mg dziennie istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zakończyć leczenie.<br>**6. Temsyrolimus** | 3) w 5 i 9 tygodniu a następnie co cztery tygodnie w przypadku leczenia pazopanibem;<br>4) dodatkowo w 3 i 7 tygodniu w przypadku leczenia pazopanibem dla oznaczeń określonych w punktach 4, 6, 7.<br>**4. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru;<br>2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT;<br>3) elektrokardiogram (EKG) - w przypadku sorafenibu, pazopanibu, aksytynibu, ewerolimusu i sunitynibu;<br>4) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br>Badania wykonuje się:<br>1) nie rzadziej niż co 12 tygodni;<br>2) przed zakończeniem:<br>a) co drugiego kursu leczenia - w przypadku sunitynibu,<br>b) co trzeciego kursu leczenia - w przypadku sorafenibu, pazopanibu, aksytynibu i ewerolimusu;<br>3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.<br>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST lub CHOI.<br>**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.**<br>**5. Monitorowanie programu**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej |

| | | |
|---|---|---|
| **2.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**2.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorefenib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;<br>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br><br>**3. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej pazopanib**<br><br>**3.1. Kryteria kwalifikacji**<br><br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym;<br>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);<br>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.<br><br>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.<br>6.3. Nie występuje konieczność modyfikowania dawki w zależności od płci lub wieku.<br><br>**7. Kabozantynib**<br><br>7.1 Dawkowanie kabozantynibu oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) - zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br><br>**8. Niwolumab**<br><br>8.1. Dawkowanie, sposób podawania oraz modyfikacja leczenia - zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>8.2. Przerwę w podawaniu niwolumabu należy zastosować m.in. kiedy wystąpi następująca toksyczność pochodzenia immunologicznego (stopnie toksyczności zgodnie z NCI-CTCA E v4):<br>1) zapalenie płuc stopnia 2.;<br>2) biegunka lub zapalenie jelita grubego stopnia 2. lub 3.;<br>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;<br>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.<br>Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.<br><br>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)<br>4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);<br>5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;<br>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;<br>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);<br>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;<br>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);<br>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry;<br>12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>- stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>- aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>- liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,<br>- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,<br>- 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;<br>4) endokrynopatie pochodzenia immunologicznego: objawowa niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, niedoczynność przysadki stopnia 2. lub 3. , niewydolność kory nadnerczy stopnia 2., cukrzyca stopnia 3.;<br>5) wysypka stopnia 3.<br><br>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.<br>8.3. Przerwa w leczeniu niwolumabem nie może przekraczać 3 miesięcy. | |

| | | |
|---|---|---|
| 13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;<br>14) nieobecność chorób układu sercowo-naczyniowego, które nie mogą być opanowane przy użyciu dostępnych metod leczenia.<br>Kryteria włączenia muszą być spełnione łącznie.<br>**3.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>**3.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na pazopanib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>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;<br>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br>**4. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej aksytynib**<br>**4.1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 50% utkania) komponentem jasnokomórkowym;<br>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;<br>4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);<br>5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;<br>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;<br>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);<br>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;<br>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);<br>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>11) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego;<br>12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>- stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górną granicę normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>- aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górną granicę normy,<br>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górną granicę normy,<br>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>- liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$, | | |

| | | |
|---|---|---|
| - bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/$mm^3$,<br>- poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;<br>13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br>**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.<br>**4.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>**4.4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na aksytynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;<br>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br>**5. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej ewerolimus**<br>**5.1. Kryteria kwalifikacji** | | |

| | | |
|---|---|---|
| 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym;<br>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);<br>3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów (sunitynib, sorafenib, pazopanib) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii;<br>4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);<br>5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;<br>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;<br>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów);<br>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;<br>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);<br>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry;<br>12) wykluczenie czynnych zakażeń miejscowych lub ogólnoustrojowych;<br>13) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego;<br>14) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby: | | |

| | | |
|---|---|---|
| - stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>- aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,<br>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>- liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,<br>- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,<br>- poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;<br>15) prawidłowe stężenie glukozy we krwi;<br>16) niestosowanie leków z grupy silnych i umiarkowanych inhibitorów CYP3A4 (w szczególności ketokonazol, itrakonazol, worikonazol, klarytromycyna, telitromycyna, erytromycyna, werapamil, flukonazol, diltiazem, cyklosporyna).<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**5.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**5.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ewerolimus lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>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;<br>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br><br>**6. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej temsyrolimus**<br><br>**6.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1. Do programu mogą być zakwalifikowani pacjenci spełniający następujące kryteria:<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego;<br>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);<br>3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki;<br>4) stan sprawności 60 lub wyższy wg skali Karnofsky'ego;<br>5) niekorzystne rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);<br>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>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;<br>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>- 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),<br>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>c) wyniki badań morfologii krwi z rozmazem:<br>- liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/$mm^3$,<br>- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/$mm^3$,<br>- poziom hemoglobiny większy lub równy 8 mg/dl;<br>9) poziom cholesterolu, badanego na czczo, nie wyższy niż 350 mg/dl (9,1 mmol na litr);<br>10) poziom trójglicerydów badanych na czczo nie wyższy niż 400 mg/dl (4,5 mmol na litr);<br>11) potwierdzona obecność przynajmniej 3 z 6 poniżej wymienionych czynników ryzyka:<br>- aktywność dehydrogenazy mleczanowej przekraczająca ponad 1,5-krotnie górną granicę normy,<br>- stężenie hemoglobiny poniżej dolnej granicy normy,<br>- stężenie skorygowane wapnia w surowicy > 10 mg/dl (2,5 mmol/l),<br>- krótszy niż 12 miesięcy czas od ustalenia rozpoznania do chwili włączenia do leczenia,<br>- stopień sprawności według skali Karnofsky'go poniżej 80 (60 lub 70),<br>- potwierdzenie obecności przerzutów w więcej niż jednym narządzie;<br>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.<br><br>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.<br><br>**6.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>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.<br><br>**6.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na temsyrolimus lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>4) utrzymujący się stan sprawności 60 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>5) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br><br>**7. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej kabozantynib**<br><br>**7.1. Kryteria kwalifikacji**<br><br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 50% utkania) komponentem jasnokomórkowym;<br>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);<br>5) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);<br>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;<br>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);<br>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;<br>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);<br>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>11) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego;<br>12) zadowalająca wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>- stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 1.5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>- aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginianowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy,<br>b) klirens kreatyniny ≥30 ml/min.,<br>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>- liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,<br>- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$, | | |

| | | |
|---|---|---|
| - poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;<br>13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;<br>14) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**7.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**7.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na kabozantynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>5) konieczność stosowania leków z grupy silnych inhibitorów CYP3A4;<br>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;<br>7) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **8. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej niwolumab**<br><br>**8.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z przeważającym komponentem jasnokomórkowym;<br>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego;<br>3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia antyangiogennego z wykorzystaniem wielokinazowych inhibitorów (sunitynib, pazopanib, sorafenib);<br>4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);<br>5) zmiany możliwe do oceny według systemu odpowiedzi RECIST 1.1;<br>6) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze radykalne leczenie, o ile utrzymuje się stan bezobjawowy);<br>7) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;<br>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem bielactwa, cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego,<br>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;<br>12) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS;<br>13) nieobecność ostrych stanów zapalnych wątroby;<br>14) nieobecność przewlekłych stanów zapalnych wątroby, które w opinii lekarza mogą zagrażać bezpieczeństwu terapii niwolumabem;<br>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;<br>16) nieobecność istotnych klinicznie objawów toksyczności związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową;<br>17) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>- stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>- aktywność aminotransferaz: alaninowej (AlAT) i asparaginianowej (AspAT) w surowicy, nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy,<br>b) wartość klirensu kreatyniny $\geq$ 30ml/min,<br>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>- liczba płytek krwi $\geq 10^5/mm^3$,<br>- liczba leukocytów $\geq 2000/mm^3$,<br>- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych $\geq 1500/mm^3$,<br>- stężenie hemoglobiny $\geq$ 9,5 g/dl; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 18) nieobecność nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie;<br>19) nieobecność stanów, które w opinii lekarza stanowią udokumentowane przeciwwskazanie do terapii niwolumabem;<br>20) wiek powyżej 18 roku życia.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**8.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**8.3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku wg kryteriów RECIST 1.1;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na niwolumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) ciąża i karmienie piersią;<br>4) wystąpienie toksyczności na tle immunologicznym zależnej od leczenia, m.in. (stopnie toksyczności zgodnie z NCI-CTCAE v4):<br>a) zapalenie płuc stopnia 3. lub 4.,<br>b) biegunka lub zapalenie jelita grubego stopnia 4.,<br>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),<br>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.,<br>f) wysypka stopnia 4.,<br>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;<br>5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br>**9. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>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.<br>2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>3) Pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.<br>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**<br>1) potwierdzony histologicznie chłoniak złośliwy typu grudkowego w III lub IV stopniu zaawansowania<br>lub<br>2) potwierdzony histologicznie chłoniak nieziarniczy rozlany z dużych komórek B, z udokumentowaną w badaniu obecnością antygenu CD20 na powierzchni komórek chłoniaka<br>oraz<br>3) wiek powyżej 18 roku życia;<br>4) stan ogólny według WHO 0 - 2;<br>5) wyrównana niewydolność krążenia lub niewydolność wieńcowa (jeżeli występują);<br>6) dobrze kontrolowane nadciśnienie tętnicze (jeżeli występuje).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na rytuksymab, którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie;<br>2) toksyczność według WHO powyżej 3;<br>3) stan sprawności według WHO 3 - 4;<br>4) brak skuteczności leku po 2 cyklach stosowania; | **1. Dawkowanie**<br>**1) Chłoniak złośliwy typu grudkowego w III lub IV stopniu zaawansowania - leczenie indukcyjne**<br>Rytuksymab podawany jest w skojarzeniu z chemioterapią co 21 dni.<br>**Pierwszy cykl leczenia**<br>Rytuksymab podawany jest w dawce 375 mg/m$^2$ pow. ciała w postaci wlewu dożylnego.<br>**Kolejne cykle leczenia**<br>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 .<br>**Leczenie indukcyjne obejmuje nie więcej niż 8 podań.**<br><br>**2) Chłoniak złośliwy typu grudkowego w III lub IV stopniu zaawansowania - leczenie podtrzymujące**<br>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**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) dehydrogenaza mleczanowa w surowicy;<br>3) gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP);<br>4) fosfataza zasadowa (AP);<br>5) transaminazy (AspAT, AlAT);<br>6) stężenie bilirubiny całkowitej;<br>7) poziom kwasu moczowego;<br>8) stężenie kreatyniny;<br>9) stężenie wapnia w surowicy;<br>10) stężenie fosforu w surowicy;<br>11) proteinogram;<br>12) pobranie węzła chłonnego bądź wycinka zmienionej tkanki metodą biopsji chirurgicznej;<br>13) badanie histologiczne wycinka;<br>14) badanie na obecność antygenu CD20 na powierzchni komórek chłoniaka;<br>15) radiografia klatki piersiowej;<br>16) RTG przewodu, pokarmowego (w przypadku objawów klinicznych);<br>17) tomografia komputerowa głowy;<br>18) tomografia komputerowa klatki piersiowej i szyi;<br>19) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy;<br>20) MR (diagnostyka zmian w kanale kręgowym, głowie i tkankach miękkich); |

| | | |
|---|---|---|
| 5) progresja lub nawrót choroby w okresie 6 miesięcy przy leczeniu rytuksymabem;<br>6) niewydolność serca w IV klasie według NYHA;<br>7) czynne ciężkie zakażenie;<br>8) ciąża. | prowadzi się do czasu progresji choroby lub przez maksymalnie okres dwóch lat,<br>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.<br>**3) Chłoniak nieziarniczy rozlany z dużych komórek B**<br>U pacjentów z rozpoznaniem chłoniaka rozlanego z dużych komórek B rytuksymab podawany jest w skojarzeniu ze schematem CHOP co 21 dni.<br>**Pierwszy cykl leczenia**<br>Rytuksymab podawany jest w dawce 375 mg/m$^2$ pow. ciała w postaci wlewu dożylnego.<br>**Kolejne cykle leczenia**<br>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 .<br>**Leczenie obejmuje nie więcej niż 8 podań.** | 21) USG w diagnostyce ewentualnych zmian jamy brzusznej, tkanek miękkich, tarczycy, jąder i serca;<br>22) endosonografia (EUS) w diagnostyce chłoniaków żołądka;<br>23) testy w kierunku HbsAg i HbcAb.<br>Badania stosownie do wskazań lekarskich podczas diagnostyki chłoniaka w danej lokalizacji.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem leku:<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) poziom kreatyniny;<br>3) poziom kwasu moczowego;<br>4) poziom aktywności aminotransferaz;<br>5) fosfataza alkaliczna;<br>6) bilirubina;<br>7) EKG (jedynie u chorych z chłoniakiem rozlanym).<br>Badanie przeprowadzane po 3 lub 4 cyklu leczenia oraz po 8 cyklach (odpowiednio do ilości cykli w zastosowanym schemacie leczenia):<br>1) TK lub rezonans magnetyczny zmiany mierzalnej;<br>2) EKG.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);<br>2) wiek powyżej 18 roku życia;<br>3) stan ogólny 0-2 według WHO;<br>4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem:<br>a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I,<br>b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem,<br>c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS w 6 miesiącu leczenia imatynibem<br>d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL > 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatynibem,<br>e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL>0,1% IS,<br>f) ze stwierdzoną progresją choroby,<br>g) nietolerujący imatinibu; | **1. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej dazatynibem**<br>Zalecana dawka początkowa dazatynibu w przewlekłej fazie PBSz wynosi 100 mg raz na dobę, podawane doustnie.<br>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).<br>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.<br><br>**2. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem**<br>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**<br>**1.1. Badania przy kwalifikacji**<br>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),<br>b) AspAT, AlAT,<br>c) kreatynina,<br>d) bilirubina,<br>e) fosfataza alkaliczna granulocytów,<br>f) badania ogólne moczu,<br>g) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,<br>h) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie),<br>i) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie),<br>j) USG wątroby i śledziony.<br>**1.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej dazatynibem**<br>Co dwa tygodnie - przez 12 tygodni, a następnie co 3 miesiące lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi:<br>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),<br>b) AspAT, AlAT,<br>c) kreatynina,<br>d) bilirubina.<br>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<br>6) świadczeniobiorcy w fazie kryzy blastycznej, którzy wcześniej nie otrzymywali dazatynibu, nietolerujący lub nieodpowiadający na imatynib.<br><br>W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne.<br>**1.2 Kryteria wyłączenia**<br>1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na dazatynib;<br>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);<br>3) stan sprawności 3-4 według WHO;<br>4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku:<br>- brak remisji hematologicznej,<br>- brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są komórki Ph-, ale jest ich mniej niż 35 %);<br>5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL>1% IS;<br>6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;<br>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.<br><br>**3. Leczenie przewlekłej białaczki bosutynibem**<br>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:<br>• nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi hematologicznej do tygodnia 8;<br>• nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej do tygodnia 12.<br>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.<br><br>**2. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem**<br>**2.1 Badania przy kwalifikacji**<br>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),<br>b) AspAT, AlAT,<br>c) kreatynina,<br>d) bilirubina,<br>e) fosfataza alkaliczna granulocytów,<br>f) badania ogólne moczu,<br>g) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,<br>h) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie),<br>i) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie),<br>j) USG wątroby i śledziony.<br>**2.2 Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem**<br>Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni):<br>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),<br>b) AspAT, AlAT,<br>c) kreatynina,<br>d) bilirubina.<br>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.<br><br>**3. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej bosutynibem**<br>**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.<br>8) toksyczność hematologiczna lub pozahematologiczna w stopniu 3 lub 4 - która przejawia się pomimo przerw w leczeniu.<br>**1.3 Określenie czasu leczenia dazatynibem w programie**<br>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.<br><br>**2. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem**<br>**2.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);<br>2) wiek powyżej 18 roku życia;<br>3) stan ogólny 0-2 według WHO;<br>4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem:<br>a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315l,<br>b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem,<br>c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS w 6 miesiącu leczenia imatynibem<br>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),<br>b) AspAT, AlAT,<br>c) kreatynina,<br>d) bilirubina,<br>e) badanie EKG,<br>f) badanie cytogenetyczne szpiku,<br>g) badanie cytologiczne szpiku,<br>h) badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,<br>i) badanie przesiewowe w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu B.<br>**3.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej bosutynibem**<br>Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni):<br>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),<br>b) AspAT, AlAT,<br>c) kreatynina,<br>d) bilirubina.<br><br>Badanie EKG co 90 dni lub częściej w przypadkach uzasadnionych klinicznie.<br><br>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 *<br><br>**4. Monitorowanie programu:**<br>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,<br>f) ze stwierdzoną progresją choroby,<br>g) nietolerujący imatinibu,<br>5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni dazatynibem nietolerujący dazatynibu lub z niepowodzeniem leczenia dazatynibem.<br>W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne.<br>**2.2 Kryteria wyłączenia**<br>1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na nilotynib;<br>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);<br>3) stan sprawności 3-4 według WHO;<br>4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku:<br>- brak remisji hematologicznej,<br>- brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są komórki Ph-, ale jest ich mniej niż 35 %);<br>5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL>1% IS;<br>6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;<br>7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą całkowitej | | Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br>**2.3 Określenie czasu leczenia nilotynibem w programie**<br>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.<br><br>**3. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej bosutynibem**<br>**3.1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);<br>2) wiek powyżej 18 roku życia;<br>3) stan ogólny 0-2 według WHO;<br>4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej lub akceleracji dotychczas leczeni imatinibem:<br>a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I,<br>b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem,<br>c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% [IS]* ($MR^1$) w 6 miesiącu leczenia imatynibem<br>d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >1% [IS]*($MR^2$) po 12 miesiącach leczenia imatynibem,<br>e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną, cytogenetyczną lub większą | | |

| | | |
|---|---|---|
| odpowiedź molekularną - BCR-ABL >0,1% [IS]* ($MR^3$)<br>f) ze stwierdzoną progresją choroby,<br>g) nietolerujący imatinibu,<br>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),<br>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).<br>W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib, nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne.<br><br>**3.2. Kryteria wyłączenia**<br>1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na bosutynib;<br>2) utrzymywanie się działań niepożądanych powyżej 2 stopnia wg. WHO pomimo czasowej przerwy w podawaniu leku i zmniejszenia dawki – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego<br>3) stan sprawności 3-4 według WHO;<br>4) brak skuteczności leczenia po 3 miesiącach stosowania leku:<br>- brak remisji hematologicznej,<br>- brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są obecne komórki Ph(+), ale jest ich mniej niż 35 %);<br>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;<br>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+)<br><br>**3.3. Określenie czasu leczenia bosutynibem w programie**<br>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.<br><br>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.<br><br>**1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień**<br>**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.<br>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.<br>**1.2.** Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych dzieci z ciężką postacią hemofilii A i B, wcześniej nie leczonych czynnikami osoczopochodnymi (ludzkimi).<br>Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty rekombinowanych | **1. Pierwotna profilaktyka krwawień:**<br>1) czynnik VIII:<br>a) dzieci do ukończenia 2 roku życia – 25- 40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 1-3 razy w tygodniu,<br>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;<br>2) czynnik IX osoczopochodny:<br>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.<br>3) czynnik IX rekombinowany:<br>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.<br><br>**2. Wtórna profilaktyka krwawień:**<br>1) czynnik VIII:<br>a) dzieci do ukończenia 2 roku życia – 25- 40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 2-3 razy w tygodniu,<br>b) dzieci powyżej 2 roku życia – 25-40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 3 razy w tygodniu;<br>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:<br>1) badania przesiewowe:<br>a) czas krwawienia (metodą Copley'a),<br>b) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT),<br>c) czas protrombinowy (PT),<br>d) czas trombinowy (TT);<br>2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym;<br>3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII;<br>4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAg);<br>5) ocena miana inhibitora czynnika VIII i IX u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen);<br>6) wykonanie badań wirusologicznych (w tym HCV PCR, HBV PCR);<br>7) morfologia krwi.<br><br>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.<br>**1.3.** Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:<br>1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – czynniki osoczopochodne (ludzkie), oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII pierwszej generacji;<br>2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – czynniki rekombinowane minimum drugiej generacji.<br><br>**2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień**<br>**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.<br>**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.<br><br>**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.<br><br>**3. U dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego**, zapewnienie czynnika VIII lub IX do zabiegu, według schematu:<br>1) pierwsza doba: 40 do 70 jednostek międzynarodowych/kg m.c., co 8 godzin;<br>2) od drugiej do piątej doby: 30 do 50 jednostek międzynarodowych/ kg m.c., co 12 godzin;<br>3) szósta doba jednorazowo: 30 do 50 jednostek międzynarodowych/kg m.c.;<br>4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 jednostek międzynarodowych/kg m.c.<br><br>Dawkowanie czynnika IX rekombinowanego: 30 do 60 jednostek międzynarodowych/kg m.c.<br><br>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.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1.** Ocena skuteczności leczenia<br>W zależności od oceny klinicznej należy wykonać:<br>1) RTG stawów - nie częściej niż raz w roku;<br>2) USG stawów - nie rzadziej niż raz w roku;<br>3) NMR - w razie trudności diagnostycznych w ocenie stawów.<br><br>**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.<br>Badania w monitorowaniu leczenia:<br>1) aminotransferaza alaninowa (AlAT) co najmniej raz w roku;<br>2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT) co najmniej raz w roku;<br>3) obecność przeciwciał anty-HBs;<br>4) obecność antygenu HBs (w przypadku braku miana zabezpieczającego przeciwciał anty-HBS), u dodatnich przeciwciała anty-HBc i anty HBe, DNA HBV;<br>5) przeciwciała anty-HCV (raz w roku), u dodatnich RNA HCV;<br>6) przeciwciała anty-HIV (w uzasadnionych przypadkach), u dodatnich RNA HIV;<br>7) USG naczyń w okolicy dojścia żylnego, nie rzadziej niż raz w roku;<br>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.<br><br>Kryteria włączenia do przedmiotowego modułu nowopowstałego inhibitora u dzieci do 18 roku życia:<br>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;<br>2) pacjenci uprzednio zakwalifikowani do programu, jednak stwierdzenie obecności inhibitora dotyczy okresu prowadzonej profilaktyki, która miała miejsce po dniu 15 stycznia 2010 r.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia**<br>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).<br><br>**5. Kryteria zakończenia udziału w programie lub module programu** (dotyczy przyczyn, z powodu których udział pacjenta - uprzednio zakwalifikowanego - w przedmiotowym programie musi zostać zakończony):<br>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:<br>1) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT);<br>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).<br><br>**2.4.** Oznaczanie inhibitora:<br>1) do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdych 10 przetoczeniach;<br>2) powyżej 150 przetoczeń - co 6 do 12 miesięcy;<br>3) w momencie zmiany produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny;<br>4) w przypadku stwierdzenia braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce.<br><br>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).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>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;<br>2) ukończenie 18 roku życia.<br><br>**6. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br>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.<br>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**<br>1) rozpoznanie pierwotnych zaburzeń odporności - według definicji WHO (World Health Organization na podstawie klasyfikacji IUIS: Frontiers in Immunology, 2011; 2: 54);<br>2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności;<br>3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6) jest wskazaniem do rozpoczęcia terapii substytucyjnej.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>Ciężkie uogólnione reakcje nadwrażliwości | **1. Dawkowanie**<br>**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).<br>**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. ).<br>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.<br>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**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) AlAT;<br>3) AspAT;<br>4) oznaczanie subpopulacji limfocytów;<br>5) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgG lub swoistych przeciwciał;<br>6) proteinogram;<br>7) badanie czynności fagocytarnych i neutralizacji patogenów;<br>8) badanie ekspresji cząstek adhezyjnych;<br>9) badanie składowych dopełniacza;<br>10) test stymulacji limfocytów.<br>W przypadku preparatów gammaglobulin do podawania dożylnego lub podskórnego: badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV) - przed włączeniem leczenia.<br>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej podczas kwalifikacji do programu.<br><br>**2.Monitorowanie leczenia**<br>**2.1** Immunoglobuliny dożylne<br>Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem leku zgodnie z harmonogramem dawkowania: |

| | | |
|---|---|---|
| na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu.<br>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.<br><br>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.<br>Oba składniki podaje się w określonej kolejności: najpierw hialuronidazę, a następnie przez tę samą igłę 10% preparat immunoglobulin.<br>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.<br>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.<br><br>Pacjenci dotychczas nieleczeni bądź leczeni preparatami do podawania dożylnego, wymagają szkolenia w warunkach szpitalnych:<br>1) Pacjent odbywa cztery do sześciu wizyt w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG<br>2) Wizyty pierwsza i/lub druga: SCIg podaje personel medyczny<br>3) Wizyty trzecia i/lub czwarta: SCIg podaje pacjent lub opiekun prawny pacjenta przy pomocy/ nadzorze personelu medycznego<br>4) Wizyty piąta i szósta (opcjonalnie): SCIg administruje samodzielnie pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta pod | a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) AlAT,<br>c) AspAT,<br>d) poziom IgG w surowicy.<br>Raz na 3 miesiące (przed podaniem immunoglobulin);<br>w przypadku braku komplikacji raz na pół roku:<br>- oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi.<br>W przypadku wskazań dodatkowo:<br>a) IgA w surowicy krwi,<br>b) IgM w surowicy krwi.<br>Raz na 6 miesięcy:<br>- USG jamy brzusznej.<br>Powikłania infekcyjne stanowią wskazania do wykonania badań:<br>a) oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi.<br>b) IgA w surowicy krwi,<br>c) IgM w surowicy krwi,<br>d) USG jamy brzusznej.<br>**2.2** Immunoglobuliny podskórne<br>Badania kontrolne są wykonywane standardowo co 4-6 miesięcy:<br>a) badania efektywności leczenia (stężenie IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał),<br>b) morfologia krwi z rozmazem,<br>c) AlAT,<br>d) AspAT.<br>Raz na 6 miesięcy:<br>- USG jamy brzusznej.<br>Raz na rok:<br>- badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV).<br>O zestawie badań w trakcie monitorowania leczenia |

| | | |
|---|---|---|
| | nadzorem personelu medycznego<br>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<br>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<br>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**<br>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;<br>2) wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wieku kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego;<br>2) stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat;<br>3) zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm na rok). | **1. Dawkowanie leuproreliny**<br>1. 1 Dawka początkowa ustalana jest w zależności od masy ciała dziecka:<br>1) masa ciała ≤ 25 kg, dawka 3,75 mg x 2, liczba wstrzyknięć 1, dawka całkowita 7,5 mg;<br>2) masa ciała większa niż 25 do 37,5 kg, dawka 3,75 mg x 3, liczba wstrzyknięć 2, dawka całkowita 11,25 mg;<br>3) masa ciała większa niż 37,5 kg, dawka 3,75 mg x 4, liczba wstrzyknięć 2, dawka całkowita 15 mg.<br>Lek podawany jest co 4 tygodnie podskórnie lub domięśniowo.<br><br>1.2 Dawka podtrzymująca<br>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).<br><br>**2. Dawkowanie triptoreliny**<br>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**<br>1) stężenie β-gonadotropiny kosmówkowej (β-HCG);<br>2) stężenie estradiolu;<br>3) stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu;<br>4) stężenie 17-hydroksyprogesteronu;<br>5) stężenie testosteronu;<br>6) test stymulacji wydzielania LH i FSH;<br>7) stężenie luteotropiny;<br>8) stężenie folikulotropiny;<br>9) stężenie prolaktyny;<br>10) profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb);<br>11) badanie RTG lewej dłoni i nadgarstka w celu oceny wieku kostnego;<br>12) USG miednicy małej i nadnerczy;<br>13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego;<br>14) pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka;<br>15) należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego według skali Tannera-Marschalla.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>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:<br>1) LH;<br>2) FSH;<br>3) ocenić występowanie cech płciowych według kryteriów Tannera-Marschalla.<br>Co 12 miesięcy należy wykonać RTG śródręcza, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br><br>**1.Kryteria kwalifikacji**<br>1) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;<br>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;<br>3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;<br>4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.);<br>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);<br>6) obniżony wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w | **1. Dawkowanie**<br>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,1 - 0,33mg (0,3 - 1,0 IU)/kg m.c. /tydzień. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) stężenie IGF-1;<br>2) stężenie witaminy 25OH wit. D lub wit. $1,25(OH)_2D_3$;<br>3) stężenie Ca całkowitego i $Ca^{2+}$ we krwi;<br>4) stężenie fosforanów we krwi;<br>5) stężenie fosforanów w moczu;<br>6) stężenie wapnia w moczu.<br>Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Po 90 dniach**<br>1) pomiar stężenia IGF-1.<br>**2.2 Co 90 dni**<br>1) próba zagęszczenia moczu z ewentualną korektą dawki hormonu antydiuretycznego (dotyczy niektórych świadczeniobiorców z WNP - najczęściej po zabiegach neurochirurgicznych z moczówką prostą);<br>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).<br>**2.2 Co 180 dni**<br>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);<br>7) nawracające stany hipoglikemii w okresie noworodkowym lub niemowlęcym, szczególnie u dzieci z wadami linii pośrodkowej twarzoczaszki;<br>8) nieprawidłowości okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem, MRI).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) złuszczenia głowy kości udowej;<br>2) pseudo-tumor cerebri;<br>3) cukrzyca;<br>4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej;<br>5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;<br>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);<br>7) osiągnięcie wieku kostnego:<br>a) powyżej 16 lat przez dziewczynkę,<br>b) powyżej 18 lat przez chłopca. | | glikowanej hemoglobiny $A_{1C}$<br>lub co 365 dni:<br>2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii.<br>**2.3 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia TSH;<br>2) pomiar stężenia IGF-1;<br>3) pomiar stężenia $fT_4$;<br>4) w zależności od potrzeb:<br>a) stężenie witaminy 25OH wit. D lub wit. $1,25(OH)_2D_3$;<br>b) jonogram w surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia $Na^+$, fosforanów oraz Ca całkowitego i $Ca^{2+}$);<br>c) stężenie fosforanów w moczu;<br>d) stężenie wapnia w moczu.<br>**2.4 Co 365 dni**<br>1) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>2) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej:<br>a) konsultacja ortopedyczna,<br>b) RTG lub USG stawów biodrowych,<br>c) poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;<br>3) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri:<br>a) konsultacja okulistyczna,<br>b) konsultacja neurologiczna,<br>c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego TK z kontrastem lub MRI;<br>4) w przypadku podejrzenia lub wznowy choroby rozrostowej lub innych poważnych powikłań:<br>a) konsultacja okulistyczna,<br>b) konsultacja neurologiczna,<br>c) konsultacja neurochirurgiczna,<br>d) morfologia krwi z rozmazem, |

| | | |
|---|---|---|
| | | e) TK z kontrastem lub MRI OUN,<br>f) inne konsultacje i badania w zależności od potrzeb;<br>**2.5 Badania po zakończeniu terapii hormonem wzrostu**<br>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 ).<br>Badania są wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| 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.<br><br>**1.Kryteria kwalifikacji**<br>1) skrajna niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej -3 SD w odniesieniu do płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;<br>2) stężenie IGF-1 poniżej -2,5 SDS w odniesieniu do płci i wieku;<br>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);<br>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.);<br>5) rozpoznanie ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 potwierdzone testem generacji somatomedyn;<br>6) w przypadkach wątpliwych badania molekularne w kierunku rozpoznania mutacji w obrębie receptora hormonu | **1. Dawkowanie**<br>Mecaserminum podawane jest w dawce 0,04 - 0,12 mg/kg masy ciała dwa razy na dobę. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) pomiar stężenia $IGFBP_3$;<br>3) pomiar stężenia glukozy we krwi;<br>4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;<br>5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1c}$;<br>6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia $fT_4$;<br>7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+);<br>8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;<br>9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;<br>10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb);<br>11) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) pomiar stężenia $IGFBP_3$;<br>3) pomiar stężenia glukozy we krwi;<br>4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii |

| | | |
|---|---|---|
| wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1**<br>1) nawracające, zagrażające życiu stany hipoglikemii;<br>2) złuszczenia głowy kości udowej;<br>3) pseudo-tumor cerebri;<br>4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej;<br>5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;<br>6) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 < 3 cm/rok;<br>7) osiągnięcie wieku kostnego:<br>a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę,<br>b) powyżej 16 lat przez chłopca. | | lub<br>5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1c.}$<br><br>**2.2 Co 90 dni**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) pomiar stężenia IGFBP3;<br>3) pomiar stężenia glukozy we krwi.<br>**2.3 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia TSH;<br>2) pomiar stężenia fT4;<br>3) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+);<br>4) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA1c. lub co 365 dni<br>5) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii<br>**2.5 Co 365 dni**<br>1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;<br>2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;<br>3) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>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):<br>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;<br>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**<br>1.1 Zalecana dawka dobowa betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g.<br>Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g.<br>W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę.<br><br>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:**<br>1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi;<br>2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram);<br>3) morfologia krwi;<br>4) stężenie witaminy $B_{12}$ i kwasu foliowego we krwi;<br>5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego;<br>6) profil acylokarnityn metodą MS/MS;<br>7) MRI OUN;<br>8) konsultacja neurologiczna;<br>9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;<br>10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);<br>11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przebył lansektomii).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:**<br>1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi;<br>2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram);<br>3) morfologia krwi;<br>4) stężenie witaminy $B_{12}$, kwasu foliowego, witaminy $25OHD_3$ we krwi;<br>5) poziom Ca, $PO_4^{3-}$, fosfatazy alkalicznej we krwi;<br>6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;<br>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 $B_6$;<br>3) w przypadku niejednoznacznych wyników badań biochemicznych wskazane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem enzymatycznym, analizą komplementarności w fibroblastach skóry lub analizą DNA.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia:**<br>1) wystąpienie nadwrażliwości na betainę;<br>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;<br>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);<br>4) stwierdzenie nieskuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;<br>5) ciąża lub karmienie piersią. | | 8) konsultacja neurologiczna;<br>9) konsultacja dietetyczna.<br><br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>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.<br><br>2. Określenie czasu leczenia w programie<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>3. Kryteria wyłączenia<br>1) ciąża lub laktacja;<br>2) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do</td>
<td>1. Dawkowanie<br>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<br>1.1 Postać klasyczna choroby<br>1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;<br>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;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) układ krzepnięcia (INR, APTT);<br>5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;<br>6) aktywność CK, CK-MB;<br>7) gazometria;<br>8) USG jamy brzusznej z oceaną wątroby;<br>9) pomiary antropometryczne;<br>10) ciśnienie tętnicze krwi;<br>11) EKG;<br>12) USG serca;<br>13) RTG klatki piersiowej;<br>14) konsultacja pulmonologiczna;<br>15) konsultacja neurologiczna;<br>16) konsultacja kardiologiczna.</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;<br>3) znaczna progresja choroby, pojawiająca się pomimo leczenia. | | **1.2. Postać nieklasyczna choroby**<br>1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) układ krzepnięcia (INR, APTT);<br>4) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT, GGTP;<br>5) stężenie CK, CK-MB;<br>6) gazometria;<br>7) USG jamy brzusznej;<br>8) RTG kręgosłupa (odcinek piersiowy i lędźwiowy);<br>9) pomiary antropometryczne;<br>10) ciśnienie tętnicze krwi;<br>11) EKG;<br>12) USG serca;<br>13) RTG klatki piersiowej;<br>14) konsultacja pulmonologiczna (z oceną wydolności oddechowej);<br>15) badanie spirometryczne w pozycji siedzącej i stojącej (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);<br>16) konsultacja laryngologiczna;<br>17) badanie audiometryczne;<br>18) badanie okulistyczne;<br>19) konsultacja ortopedyczna (z oceną statyki kręgosłupa);<br>20) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);<br>21) konsultacja kardiologiczna;<br>22) konsultacja psychologiczna; |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| | | **3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) brak lub znaczny niedobór aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzony badaniem molekularnym.<br>Refundowane jest leczenie świadczeniobiorców z typem I choroby oraz z typem III choroby.<br>Nie jest refundowane leczenie świadczeniobiorców z asymptomatyczną (bezobjawową) postacią choroby Gauchera.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.<br>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**<br>Dawka imiglucerazy zależy od ciężkości objawów i wynosi 15-60 U/kg m.c. podawanych co 14 ±3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych.<br><br>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).<br><br>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**<br>1) stwierdzenie braku lub znacznego niedoboru aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone wynikiem badania molekularnego;<br>2) morfologia krwi pełna z rozmazem;<br>3) układ krzepnięcia: APTT, INR;<br>4) próby wątrobowe: AlAT, AspAT;<br>5) aktywność fosfatazy alkalicznej;<br>6) stężenia witaminy D i B12;<br>7) chitotriozydaza;<br>8) USG jamy brzusznej, z określeniem wielkości wątroby śledziony;<br>9) pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała);<br>10) badanie densytometryczne kości (DEXA);<br>11) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych);<br>12) EKG;<br>13) UKG (w uzasadnionych przypadkach);<br>14) konsultacja neurologiczna (jedynie u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby);<br>15) konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);<br>16) konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach)<br>17) spirometria (u pacjentów powyżej 7 roku życia). |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia**<br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na imiglucerazę;<br>2) znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo podjętego leczenia;<br>3) pacjenci z asymptomatyczną (bezobjawową) postacią choroby Gauchera;<br>4) pacjenci z typem II choroby;<br>5) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu. | | **2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Co 180 dni**<br>1) morfologia krwi pełna z rozmazem;<br>2) układ krzepnięcia: APTT, INR;<br>3) chitotriozydaza;<br>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z chorobą Gauchera.<br>**2.2 Co 365 dni**<br>1) badanie densytometryczne kości (DEXA);<br>2) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych);<br>3) EKG;<br>4) UKG (w przypadku nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym);<br>5) konsultacja kardiologiczna (w przypadku nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym);<br>6) konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach)<br>7) USG jamy brzusznej z określeniem wielkości wątroby i śledziony;<br>8) pomiary antropometryczne, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania;<br>9) spirometria (u pacjentów powyżej 7 roku życia).<br>**3. Monitorowanie programu**<br>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;<br>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.<br><br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu α-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii.<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) ciąża lub laktacja; | **1. Dawkowanie**<br>Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym.<br><br>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<br><br>Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin.<br><br>Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu.<br><br>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**<br>1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności α-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;<br>2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem;<br>3) ocena miana przeciwciał przeciwko α-L-iduronidazie (nie jest badaniem obligatoryjnym);<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;<br>6) stężenie fosfatazy alkalicznej;<br>7) stężenie witamin E i D;<br>8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej;<br>9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony;<br>10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa;<br>11) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;<br>12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;<br>13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>14) EKG;<br>15) USG układu sercowo-naczyniowego;<br>16) konsultacja laryngologiczna;<br>17) badanie audiometryczne;<br>18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów;<br>19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka;<br>20) konsultacja neurologiczna;<br>21) konsultacja kardiologiczna; |

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

| | | |
|---|---|---|
| | | 10) badanie audiometryczne;<br>11) konsultacja ortopedyczna z oceną zakresu ruchomości stawów;<br>12) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka (w uzasadnionych przypadkach);<br>13) konsultacja neurologiczna;<br>14) badanie spirometryczne układu oddechowego;<br>15) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej;<br>16) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;<br>17) test 3/6 minutowego marszu;<br>18) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;<br>19) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>a) mukopolisacharydoza typu II zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry;<br>b) wiek chorego powyżej ukończonego 5 roku życia.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) ciąża lub laktacja;<br>2) obecność poważnych wrodzonych anomalii rozwojowych lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego | **1. Dawkowanie**<br>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**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) układ krzepnięcia;<br>3) proteinogram;<br>4) gazometria;<br>5) AspAT, AlAT, CK, bilirubina;<br>6) cholesterol;<br>7) witamina D i K;<br>8) wydalanie mukopolisacharydów z moczem;<br>9) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne);<br>10) parametry życiowe;<br>11) pomiary antropometryczne;<br>12) EEG;<br>13) EKG;<br>14) echokardiografia;<br>15) RTG klatki piersiowej;<br>16) USG jamy brzusznej;<br>17) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa;<br>18) RTG kręgosłupa;<br>19) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG);<br>20) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);<br>21) badanie audiometryczne;<br>22) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów |

| | | |
|---|---|---|
| ds. Chorób Ultrarzadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia;<br>3) znaczna progresja choroby pomimo leczenia. | | 23) badanie okulistyczne;<br>24) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci;<br>25) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych;<br>26) test 3/6 minutowego marszu;<br>27) test SF36.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1** W pierwszym roku leczenia wykonywanie badań powinno być przeprowadzone co 6 miesięcy<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) układ krzepnięcia;<br>3) gazometria;<br>4) CK;<br>5) AspAT, AlAT, bilirubina;<br>6) wydalanie mukopolisacharydów z moczem;<br>7) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne);<br>8) ocena parametrów życiowych;<br>9) pomiary antropometryczne;<br>10) EKG;<br>11) echokardiografia;<br>12) EEG;<br>13) USG jamy brzusznej;<br>14) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);<br>15) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów;<br>16) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych;<br>17) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci;<br>18) test 3/6 minutowego marszu;<br>19) test SF36.<br>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.<br><br>**2.2 Co 365 dni**<br>1) cholesterol;<br>2) witaminy D i K;<br>3) RTG klatki piersiowej;<br>4) RTG kręgosłupa;<br>5) MRI OUN wskazane przede wszystkim w przypadku współistniejącego wodogłowia (w zależności od decyzji lekarza);<br>6) badanie audiometryczne;<br>7) badanie okulistyczne, z oceną dna oka;<br>8) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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)

<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>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br>Mukopolisacharydoza typu VI zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego deficytu aktywności enzymu 4-sulfatazy N-acetylogalaktozaminy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzonego badaniem molekularnym.<br><br>2. Określenie czasu leczenia w programie<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>3. Kryteria wyłączenia<br>1) ciąża lub laktacja;<br>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;</td>
<td>1. Dawkowanie<br>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.<br>Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu VI lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu.<br>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<br>1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności 4-sulfatazy N-acetylogalaktozaminy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;<br>2) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem;<br>3) ocena miana przeciwciał przeciwko 4-sulfatazie N-acetylogalaktozaminy (nie jest badaniem obligatoryjnym);<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) układ krzepnięcia;<br>6) proteinogram;<br>7) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, CK, stężenie bilirubiny;<br>8) stężenie fosfatazy alkalicznej;<br>9) stężenie witamin D, K;<br>10) stężenie cholesterolu;<br>11) ocena równowagi kwasowo-zasadowej;<br>12) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości wątroby i śledziony;<br>13) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa;<br>14) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;<br>15) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;<br>16) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>17) EKG;<br>18) USG układu sercowo-naczyniowego;</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 3) znaczna progresja choroby pomimo leczenia;<br>4) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu. | | 19) RTG klatki piersiowej;<br>20) konsultacja pulmonologiczna, z oceną spirometrii;<br>21) konsultacja laryngologiczna;<br>22) badanie audiometryczne;<br>23) badanie okulistyczne, z oceną oczu w lampie szczelinowej;<br>24) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów;<br>25) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka;<br>26) konsultacja neurologiczna;<br>27) konsultacja kardiologiczna;<br>28) test 3/6 minutowego marszu.<br><br>**2.Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Raz na 180 dni**<br>1) morfologia krwi, z rozmazem;<br>2) układ krzepnięcia;<br>3) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, CK, stężenie bilirubiny;<br>4) stężenie fosfatazy alkalicznej;<br>5) ocena równowagi kwasowo-zasadowej;<br>6) proteinogram;<br>7) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>8) pomiary antropometryczne;<br>9) EKG;<br>10) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości wątroby i śledziony;<br>11) USG układu sercowo-naczyniowego;<br>12) badanie okulistyczne, z oceną w lampie szczelinowej;<br>13) konsultacja pulmonologiczna, z badaniem spirometrycznym;<br>14) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów;<br>15) test 3/6 minutowego marszu.<br>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;<br><br>**2.2 Co 365 dni**<br>1) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem (po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii, a następnie co 365 dni);<br>2) ocena miana przeciwciał przeciwko 4-sulfatazie N-acetylogalaktozaminie (badanie obligatoryjne w przypadku decyzji o zwiększeniu dawki leku lub braku efektywności dotychczasowej terapii);<br>3) stężenie cholesterolu;<br>4) stężenie witamin D, K;<br>5) RTG klatki piersiowej;<br>6) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;<br>7) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa (MRI OUN w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych);<br>8) EMG do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka;<br>9) badanie audiometryczne;<br>10) badanie psychologiczne z oceną ilorazu inteligencji;<br>11) konsultacja laryngologiczna;<br>12) konsultacja neurologiczna;<br>13) konsultacja kardiologiczna (w przypadku nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym - konsultacja kardiologiczna - co 180 dni lub częściej).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie |

| | | |
|---|---|---|
| | | kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br>a) wiek od 6 lat,<br>b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołanym przez Pseudomonas aeruginosa,<br>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).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie należy kontynuować cyklicznie dopóki świadczeniobiorca odnosi korzyści z włączenia tobramycyny do schematu leczenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) nadwrażliwość na tobramycynę, inny aminoglikozyd czy substancję pomocniczą;<br>2) upośledzenie słuchu (z dużą ostrożnością należy rozważyć stosowanie leku u świadczeniobiorcy przyjmującego inne leki ototoksyczne);<br>3) uszkodzenie nerek (stężenie kreatyniny w surowicy nie mniejsze niż 2mg/dl lub mocznika nie mniejsze niż 40mg/dl);<br>4) krwioplucie nie mniejsze niż 60 $cm^3$ na dobę w okresie 30 dni przed pierwszym podaniem tobramycyny;<br>5) stwierdzenie ropnia płuca w RTG klatki piersiowej. | **1. Dawkowanie**<br>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.<br>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić 12 godzin.<br>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**<br>1) stężenie kreatyniny;<br>2) stężenie mocznika;<br>3) test degranulacji bazofilów (opcjonalnie);<br>4) badanie mikrobiologiczne potwierdzające oporność P. aeruginosa na kolistynę oraz potwierdzające wrażliwość drobnoustroju na tobramycynę;<br>5) RTG klatki piersiowej;<br>6) badanie spirometryczne przed i po podaniu kolistyny (2 mln j.m.) w celu potwierdzenia nietolerancji leku;<br>7) audiometria.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1** Badania przeprowadzane od 8 tygodnia leczenia i powtarzane co 8 tygodni:<br>1) badanie mikrobiologiczne;<br>2) badanie spirometryczne.<br>**2.2** Badania przeprowadzane co 48 tygodni leczenia:<br>1) stężenie kreatyniny;<br>2) stężenie mocznika;<br>3) badanie mikrobiologiczne;<br>4) badanie spirometryczne;<br>5) badanie słuchu – audiometria.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych |

| | | |
|---|---|---|
| | | dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnymza pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej:<br>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,<br>b) w kurczu powiek - w wybranych przypadkach różnicowanie z miastenią (próba nużliwości mięśni),<br>c) w połowicznym kurczu twarzy - badanie TK lub MRI głowy;<br>2) wykluczenie miastenii i zespołu miastenicznego na podstawie wywiadu i badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach);<br>3) brak objawów uogólnionego zakażenia;<br>4) wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania;<br>5) wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. | **1. Dawkowanie**<br>**1.1 Botulinum A toxin a 500j. i Botulinum A toxin a 300j. (Dysport)**<br>Kręcz karku 500 - 1.000 j.m.<br>Kurcz powiek 100 - 250 j.m.<br>Połowiczy kurcz twarzy 50 - 125 j.m.<br>Dystonia krtaniowa 40 - 80 j.m.<br>Dystonia twarzy 100 - 400 j.m.<br><br>**1.2 Botulinum A toxin a 100j. (Botox)**<br>Kręcz karku 100 - 200 j.m.<br>Kurcz powiek 20 - 50 j.m.<br>Połowiczy kurcz twarzy 10 - 25 j.m.<br>Dystonia krtaniowa 10 - 20 j.m.<br>Dystonia twarzy 20 - 80 j.m.<br><br>**1.3 Botulinum A toxin a l00j. (Xeomin)**<br>Kręcz karku 100 - 200 j.m.<br>Kurcz powiek 20 - 50 j.m.<br><br>Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, maksymalnie 4 razy w okresie roku. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) poziom miedzi;<br>3) poziom ceruloplazminy;<br>4) RTG kręgosłupa szyjnego;<br>5) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny.<br><br>RTG kręgosłupa szyjnego - w przypadku leczenia świadczeniobiorców z kręczem karku.<br>Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny – w przypadku leczenia świadczeniobiorców z kręczem karku lub połowicznym kurczem twarzy.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>EMG - badanie przeprowadzane w niektórych przypadkach zgodnie z harmonogramem dawkowania (w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia**<br>1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;<br>2) powstanie oporności na lek;<br>3) stwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego;<br>4) objawy uogólnionego zakażenia;<br>5) zapalenie okolicy miejsca podania;<br>6) ciąża;<br>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;<br>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:**<br><br>**1.1. Leczenie interferonem beta:**<br>1) rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego – oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda (2010), łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu;<br>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;<br>3) uzyskanie co najmniej 10 punktów według punktowego systemu kwalifikacji określonego w ust. 3;<br>4) pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.2. Leczenie octanem glatirameru:**<br>1) rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego – oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda (2010), łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu;<br>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:**<br><br>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<br>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:**<br>1) badania biochemiczne w tym oceniające:<br>a) funkcje nerek,<br>b) funkcje wątroby,<br>c) funkcje tarczycy;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>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;<br>5) w przypadkach wątpliwych diagnostycznie wskazane badanie białka oligoklonalnego IgG w płynie mózgowo-rdzeniowym.<br>6) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym;<br>7) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS;<br>8) badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wiremii HBV, HCV (dotyczy terapii alemtuzumabem);<br>9) konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc (dotyczy terapii alemtuzumabem); |

| | | |
|---|---|---|
| przed kwalifikacją;<br>3) uzyskanie co najmniej 10 punktów według punktowego systemu kwalifikacji określonego w ust. 3;<br>4) pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki;<br>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;<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.3. Leczenie fumaranem dimetylu:**<br>1) wiek od 12 roku życia z zastrzeżeniem, że<br><br>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;<br><br>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;<br><br>2) rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego – oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda(2010), | | **2. Monitorowanie leczenia:**<br><br>**2.0. Ocena stanu neurologicznego, co 3 miesiące.**<br><br>**2.1. Monitorowanie leczenia interferonem beta lub octanem glatirameru:**<br>Badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 1 wykonywane są:<br><br>a) u dorosłych:<br>– przez pierwsze 6 miesięcy leczenia - co 3 miesiące,<br>– następnie co 6 miesięcy, z wyjątkiem morfologii i parametrów wątrobowych, które wykonywane są co 3 miesiące,<br><br>b) u dzieci i młodzieży:<br>– przez pierwsze 3 miesiące – co miesiąc,<br>– następnie co 3 miesiące;<br><br>1) rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu – po każdych 12 miesiącach leczenia;<br>2) badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia.<br><br>**2.2. Monitorowanie leczenia fumaranem dimetylu:**<br>1) badania biochemiczne oceniające:<br>a) funkcje nerek i wątroby - po 3 i 6 miesiącach leczenia, następnie co 6 do 12 miesięcy oraz według wskazań klinicznych,<br>b) morfologię krwi z rozmazem- co 3 miesiące leczenia |

| | | |
|---|---|---|
| łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu;<br>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;<br>4) uzyskanie co najmniej 10 punktów według punktowego systemu kwalifikacji określonego w ust. 3;<br>5) pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.4. Leczenie peginterferonem beta-1a:**<br>1) wiek od 12 roku życia z zastrzeżeniem, że<br><br>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;<br><br>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;<br><br>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.<br>2) rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu – po każdych 12 miesiącach leczenia;<br>3) badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia<br><br>**2.3. Monitorowanie leczenia peginterferonem beta-1a:**<br>1) badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 1 wykonywane są:<br>- przez pierwsze 6 miesięcy leczenia - co 3 miesiące,<br>- następnie co 6 miesięcy, z wyjątkiem morfologii i parametrów wątrobowych, które wykonywane są co 3 miesiące<br>2) rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu – po każdych 12 miesiącach leczenia;<br>3) badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia<br><br>**2.4. Monitorowanie leczenia teryflunomidem:**<br>1) badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 1 wykonywane są:<br>a) przez pierwsze 6 miesięcy leczenia, kontrola co 3 miesiące,<br>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;<br>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;<br>4) uzyskanie co najmniej 10 punktów według punktowego systemu kwalifikacji określonego w ust. 3;<br>5) pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie<br><br>**1.5. Leczenie teryflunomidem:**<br>1) wiek od 12 roku życia, z zastrzeżeniem, że<br>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;<br>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;<br>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;<br>3) badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia.<br><br>**2.5. Monitorowanie leczenia alemtuzumabem:**<br>1) co miesiąc:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy,<br>c) badanie ogólne moczu,<br>2) co 3 miesiące oznaczenie hormonu tyreotropowego (TSH);<br>3) przed drugim podaniem leku:<br>a) u kobiet w wieku rozrodczym – test ciążowy<br>b) badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wiremii HBV, HCV,<br>c) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS.<br>4) Zalecane wykonania RM minimum co 12 miesięcy<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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;<br>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;<br>4) uzyskanie co najmniej 10 punktów według punktowego systemu kwalifikacji określonego w ust. 3;<br>5) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym stosowanie antykoncepcji;<br>6) pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.6. Leczenie alemtuzumabem:**<br>1) wiek od 18 roku życia;<br>2) brak wcześniejszego leczenia alemtuzumabem;<br>3) rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda (2010) łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu;<br>4) Szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją zostaną spełnione oba poniższe parametry:<br><br>a) liczba i ciężkość rzutów: - co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność (w czasie rzutu wzrost EDSS o minimum 2 pkt),<br><br>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).<br><br>5) W przypadku kobiet w wieku rozrodczym stosowanie antykoncepcji;<br>7) Pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**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.<br><br>**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.<br><br>**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.<br><br>**2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:**<br><br>**2.1.** Przeciwwskazaniem do stosowania interferonów beta jest | | |

| | | |
|---|---|---|
| wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych przeciwwskazań:<br><br>1) nadwrażliwość na interferon beta;<br>2) pierwotnie lub wtórnie postępująca postać choroby;<br>3) zdekompensowana niewydolność wątroby (enzymy wątrobowe 2 razy lub więcej powyżej normy);<br>4) zaburzenia czynności tarczycy (bez eutyreozy);<br>5) depresja nie poddająca się leczeniu;<br>6) próby samobójcze;<br>7) padaczka z wyłączeniem napadów, które u dzieci i młodzieży wystąpiły w czasie rzutu stwardnienia rozsianego;<br>8) leukopenia poniżej 3000/µl;<br>9) istotna klinicznie niedokrwistość;<br>10) ciąża;<br>11) inne przeciwwskazania wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**2.2.** Przeciwwskazaniem do stosowania octanu glatirameru jest wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych przeciwskazań:<br><br>1) nadwrażliwość na octan glatirameru lub mannitol;<br>2) pierwotnie lub wtórnie postępująca postać choroby;<br>3) inne przeciwwskazania wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**2.3.** Przeciwwskazaniem do stosowania fumaranu dimetylu jest wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych przeciwskazań:<br><br>1) nadwrażliwość na fumaran dimetylu lub substancje pomocnicze;<br>2) pierwotnie lub wtórnie postępująca postać choroby; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 3) ciąża;<br>4) inne przeciwwskazania wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**2.4.** Przeciwwskazaniem do stosowania peginterferonu beta-1a jest wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych przeciwskazań:<br><br>1) nadwrażliwość na naturalny lub rekombinowany interferon beta, lub peginterferon;<br>2) rozpoczęcie leczenia u kobiet w ciąży;<br>3) aktualnie ciężkie zaburzenia depresyjne i (lub) myśli samobójcze;<br>4) przeciwwskazania wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>5) pierwotnie lub wtórnie postępująca postać choroby.<br><br>**2.5.** Przeciwwskazaniem do stosowania teryflunomidu jest wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych przeciwwskazań:<br><br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C według skali Childa-Pugha);<br>3) ciąża, karmienie piersią lub niestosowanie skutecznych metod antykoncepcji u kobiet w wieku rozrodczym;<br>4) ciężkie niedobory odporności;<br>5) znaczne zaburzenia czynności szpiku kostnego albo znacząca niedokrwistość, leukopenia, neutropenia lub małopłytkowość:<br><br>a) hematokryt < 24 % lub | | |

| | | |
|---|---|---|
| b) całkowita liczba białych krwinek < 4 000 /µl lub<br>c) całkowita liczba neutrofilii ≤ 1 500 /µl lub<br>d) liczba płytek krwi < 150 000 /µl;<br><br>6) ciężkie, czynne zakażenia;<br>7) ciężkie zaburzenia czynności nerek u pacjentów dializowanych;<br>8) ciężka hipoproteinemia.<br><br>**2.6.** Przeciwwskazaniem do stosowania alemtuzumabu jest wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych przeciwskazań:<br><br>1) nadwrażliwość na alemtuzumab lub substancje pomocnicze;<br>2) zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV);<br>3) ciąża;<br>4) wiremia HBV, HCV;<br>5) czynna gruźlica;<br>5) czynne zakażenia do momentu ich wyleczenia;<br>6) nowotwór złośliwy.<br><br>**3. Punktowy system oceny i kwalifikacji do leczenia stwardnienia rozsianego interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, teryflunomidem i alemtuzumabem:**<br><br>1) czas trwania choroby:<br>a) od 0 do 3 lat - 6 pkt.,<br>b) od 3 do 6 lat - 4 pkt.,<br>c) powyżej 6 lat - 2 pkt.;<br>2) liczba rzutów choroby w ostatnim roku:<br>a) 3 i więcej - 5 pkt.,<br>b) od 1 do 2 - 4 pkt.,<br>c) brak rzutów w trakcie leczenia | | |

| | | |
|---|---|---|
| immunomodulacyjnego (w ostatnim roku) - 3 pkt.,<br>d) brak rzutów - 1 pkt;<br>3) stan neurologiczny w okresie międzyrzutowym (przy rozpoczynaniu leczenia):<br>a) EDSS od 0 do 2 - 6 pkt.,<br>b) EDSS od 2,5 do 4 - 5 pkt.,<br>c) EDSS od 4,5 do 5 - 2 pkt.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia:**<br><br>**4.1. Leczenie interferonem beta:**<br>1) nadwrażliwość na interferon beta - ostre reakcje nadwrażliwości (wstrząs anafilaktyczny, skurcz oskrzeli, pokrzywka);<br>2) przejście w postać wtórnie postępującą - pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową;<br>3) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji);<br>4) ciąża;<br>5) zdekompensowana niewydolność wątroby (enzymy wątrobowe 5 razy lub więcej powyżej normy potwierdzone badaniem kontrolnym i utrzymujące się pomimo modyfikacji leczenia);<br>6) zaburzenia czynności tarczycy (bez eutyreozy);<br>7) istotne klinicznie zmiany skórne;<br>8) zmiana parametrów krwi w następującym zakresie:<br>a) stężenie hemoglobiny poniżej 9 g/dl,<br>b) leukopenia poniżej 3000/µl,<br>c) limfopenia poniżej 500/µl,<br>d) trombocytopenia poniżej 75000/µl<br>- potwierdzone badaniem kontrolnym i utrzymujące się | | |

| | | |
|---|---|---|
| pomimo modyfikacji leczenia;<br>9) depresja niepoddająca się leczeniu;<br>10) padaczka, z wyłączeniem napadów występujących u dzieci i młodzieży jako objaw rzutu stwardnienia rozsianego;<br>11) pojawienie się innych przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**4.2. Leczenie octanem glatirameru:**<br>1) nadwrażliwość na octan glatirameru lub mannitol;<br>2) przejście w postać wtórnie postępującą - pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową;<br>3) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji);<br>4) istotne klinicznie zmiany skórne;<br>5) pojawienie się innych przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**4.3. Leczenie fumaranem dimetylu:**<br>1) nadwrażliwość na fumaran dimetylu lub substancje pomocnicze;<br>2) przejście w postać wtórnie postępującą- pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową;<br>3) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji);<br>4) ciąża.<br>5) pojawienie się innych przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**4.4. Leczenie peginterferonem beta-1a:** | | |

| | | |
|---|---|---|
| 1) nadwrażliwość na naturalny lub rekombinowany interferon beta lub peginterferon albo na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) przejście w postać wtórnie postępującą - pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową;<br>3) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji);<br>5) ciąża<br>6) aktualnie ciężkie zaburzenia depresyjne i (lub) myśli samobójcze<br>7) pojawienie się innych przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego<br><br>**4.5. Leczenie teryflunomidem:**<br>1) nadwrażliwość na teryflunomid lub leflunomid;<br>2) przejście w postać wtórnie postępującą - pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową;<br>3) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji);<br>4) podejrzenie uszkodzenia wątroby - należy rozważyć przerwanie leczenia teryflunomidem, jeżeli potwierdzono zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych przekraczające trzykrotnie górną granicę normy (GGN);<br>5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C według skali Childa-Pugha);<br>6) ciąża, karmienie piersią lub niestosowanie skutecznych metod antykoncepcji u kobiet w wieku rozrodczym;<br>7) ciężkie niedobory odporności;<br>8) znaczne zaburzenia czynności szpiku kostnego albo znacząca niedokrwistość, leukopenia, neutropenia lub małopłytkowość: | | |

| | | |
|---|---|---|
| a) hematokryt < 24 % lub<br>b) całkowita liczba białych krwinek < 4 000 /µl lub<br>c) całkowita liczba neutrofilii ≤ 1 500 /µl lub<br>d) liczba płytek krwi < 150 000 /µl;<br>9) ciężkie, czynne zakażenia;<br>10) ciężkie zaburzenia czynności nerek u pacjentów dializowanych;<br>11) ciężka hipoproteinemia.<br><br>**4.6. Leczenie alemtuzumabem:**<br>1) nadwrażliwość na alemtuzumab lub substancje pomocnicze;<br>2) nieprzestrzeganie zasad leczenia;<br>3) brak stabilizacji lub postęp choroby pomimo leczenia (dwa rzuty wymagające sterydoterapii lub pogorszenie o 2 punkty w EDSS w ciągu roku);<br>4) czynna choroba tarczycy, chyba, że potencjalne korzyści z zastosowanego leczenia usprawiedliwiają ryzyko wystąpienia autoimmunologicznej choroby tarczycy;<br>5) nietolerancja alemtuzumabu (ciężkie reakcje związane z infuzją, reakcje anafilaktyczne);<br>6) ciąża, chyba, że potencjalne korzyści dla matki z zastosowanego leczenia przewyższają potencjalne zagrożenie dla płodu;<br>7) zakażenie w trakcie terapii ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV);<br>8) wiremia HBV, HCV;<br>9) klinicznie istotna choroba autoimmunizacyjna inna niż SM;<br>10) czynne zakażenia do momentu ich wyleczenia;<br>11) nowotwór złośliwy.<br><br>**5. Określenie czasu leczenia w programie:** | | |

| | | |
|---|---|---|
| **5.1. Określenie czasu leczenia w programie interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, teryflunomidem.**<br>Po 12 miesiącach trwania leczenia dokonuje się oceny skuteczności leczenia. Za brak skuteczności wymagający zmiany leczenia przyjmuje się wystąpienie obu poniższych sytuacji:<br>1) liczba i ciężkość rzutów:<br>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<br>b) 1 ciężki rzut po pierwszych 6 miesiącach (wzrost w EDSS większy niż w definicji rzutu umiarkowanego tj. powyżej 2 pkt.)<br>oraz<br>2) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego, gdy stwierdza się jedno z poniższych:<br>a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),<br>b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.<br><br>**5.2. Określenie czasu leczenia w programie alemtuzumabem.**<br>Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 kursów leczenia oraz 48-miesięczny okres obserwacji od podania drugiej dawki leku.<br><br>**5.3. Kryteria kontynuacji leczenia w programie interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, teryflunomidem:**<br>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;<br>2) leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia;<br>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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia toksyną botulinową w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria:<br>1) potwierdzone rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego z towarzyszącą spastycznością ograniczającą funkcjonowanie dziecka lub zagrażającą rozwojem utrwalonych przykurczy mięśniowych i deformacji kostno-stawowych.<br>2) wiek 2-17 lat.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów kwalifikacji i kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;<br>2) powstanie oporności na leczenie;<br>3) myastenia gravis;<br>4) objawy uogólnionego zakażenia;<br>5) zapalenie okolicy miejsca podania;<br>6) ciąża. | **1. Dawkowanie Dysportu**<br>Dawka całkowita leku, na jedno podanie 30 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.<br><br>**2. Dawkowanie Botoxu**<br>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. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>Morfologia krwi z rozmazem.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>EMG - badanie przeprowadzane zgodnie z harmonogramem dawkowania (w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.31.

# LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (TNP) (ICD-10 I27, I27.0)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **A. Leczenie TNP u dorosłych**<br><br>**1. Leczenie I rzutu**<br><br>**1.1. Leczenie I rzutu bosentanem**<br><br>**1.1.1 Kryteria włączenia pacjentów do leczenia I rzutu bosentanem:**<br>Do leczenia I rzutu bosentanem w ramach programu kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria:<br>1) pacjenci w III klasie czynnościowej według WHO;<br>2) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg. aktualnej klasyfikacji ESC/ERS) z wyjątkiem pierwotnego (idiopatycznego i dziedzicznego) TNP oraz TNP powstałego w przebiegu twardziny układowej bez znaczących zmian płucnych;<br>3) wiek 18 lat i powyżej.<br><br>**1.1.2 Określenie czasu leczenia bosentanem w ramach leczenia I rzutu**<br>Czas leczenia bosentanem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**1.1.3. Kryteria wyłączenia z leczenia I rzutu bosentanem u dorosłych**<br>Pacjent zostaje wyłączony z leczenia I rzutu bosentanem | **A. Leczenie TNP u dorosłych:**<br><br>**1.** Dawkowanie **bosentanu**<br>Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.<br><br>**2**. Dawkowanie **iloprostu**<br>Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.<br><br>**3.** Dawkowanie **treprostynilu**<br>Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.<br>Produkt leczniczy Remodulin, roztwór do infuzji, 10mg/1 ml, w ramach programu lekowego może być stosowany tylko u pacjentów z pompą wszczepialną.<br><br>**4.** Dawkowanie **iloprostu i sildenafilu** w terapii skojarzonej<br>Terapia dwulekowa stosowana w przypadku wystąpienia progresji choroby u pacjentów leczonych w I rzucie sildenafilem lub u pacjentów znajdujących się w IV klasie czynnościowej w chwili rozpoznania choroby.<br>Dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie.<br>Dawka iloprostu na jedną inhalację: 2,5 mikrograma lub 5,0 mikrogramów iloprostu (podawanego w | **1. Badania przy kwalifikacji**<br><br>**1.1 Badania nieinwazyjne:**<br>1) ocena klasy czynnościowej według NYHA,<br>2) test 6-minutowego marszu,<br>3) oznaczenie NT-pro-BNP,<br>4) badanie echokardiograficzne.<br><br>**1.2 Badania inwazyjne:**<br>1.2.1 Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną:<br>1) ciśnienia zaklinowania;<br>2) naczyniowego oporu płucnego;<br>3) pojemności minutowej;<br>4) saturacji mieszanej krwi żylnej<br>i przeprowadzeniem testów wazodylatacyjnych.<br>Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8 tygodni przed włączeniem do programu.<br>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.<br>1.2.3 Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji |

w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

1) nieskuteczność terapii;
2) ciężka niewydolność wątroby klasa Child-Pugh B lub C;
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) przebyty udar mózgu;
5) zawał mięśnia sercowego;
6) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg;
7) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny;
8) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
9) nadciśnienie płucne o innej etiologii niż podano w kryteriach włączenia;
10) brak współpracy z strony świadczeniobiorcy w zakresie prowadzenia terapii oraz okresowej kontroli;
11) ciąża lub laktacja.

**2. Leczenie II rzutu**

**2.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia II rzutu u świadczeniobiorców w wieku 18 lat i powyżej**

**2.1.1 Do leczenia II rzutu bosentanem, iloprostem, treprostynilem oraz iloprostem wraz z sildenafilem**

w ramach programu kwalifikują się pacjenci z tętniczym nadciśnieniem płucnym:

1) po nieskutecznym leczeniu I rzutu
lub

inhalacji przez ustnik nebulizatora), rozpoczynając od podania mniejszej dawki 2,5 mikrograma w pierwszej inhalacji, a następnie w drugiej inhalacji podając 5,0 mikrogramów.
W przypadku złej tolerancji dawki 5 mikrogramów, dawka ta powinna być zmniejszona do 2,5 mikrograma.
Maksymalna liczba inhalacji na dobę wynosi 8.

Opcje terapii II rzutu (**bosentan; iloprost; treprostynil; iloprost + sildenafil**) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

**B. Leczenie TNP u dzieci i kontynuacja ich leczenia po 18 roku życia**

**1. Leczenie dzieci bosentanem:**

1) 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;
2) masa ciała większa niż 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 62,5 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 125 mg dwa razy na dobę.

Tabletki należy przyjmować rano i wieczorem, z pokarmem lub bez pokarmu.
U dzieci w wieku powyżej 2 lat optymalna dawka podtrzymująca nie została ustalona w dobrze kontrolowanych badaniach. Jednak dane farmakokinetyczne u dzieci wykazały, że stężenie bozentanu w osoczu u dzieci było zwykle mniejsze

nie dotyczy:

a) pacjentów uprzednio leczonych sildenafilem , u których tętnicze nadciśnienie płucne było potwierdzone cenikowaniem prawego serca w przeszłości,
b) pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie tętniczego nadciśnienia płucnego.

**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 (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);

- 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) będący w IV klasie czynnościowej w momencie rozpoznania choroby.<br><br>**2.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia świadczeniobiorcy w ramach terapii II rzutu w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia.<br><br>**2.3. Kryteria wyłączenia z leczenia II rzutu iloprostem**<br>Pacjent zostaje wyłączony z leczenia II rzutu iloprostem w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<br>1) ciężka choroba niedokrwienna serca lub niestabilna dławica piersiowa;<br>2) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;<br>3) niewyrównana niewydolność serca, niekontrolowana przez lekarza;<br>4) ciężkie zaburzenia rytmu serca;<br>5) zaburzenia naczyniowo-mózgowe (np. przejściowe niedokrwienie mózgu, udar) przebyte w ciągu ostatnich 3 miesięcy;<br>6) wrodzone wady zastawkowe z istotnymi klinicznie zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązane z nadciśnieniem płucnym;<br>7) stany, w których wpływ iloprostu na płytki krwi może zwiększyć ryzyko krwotoku (np.: aktywne wrzody trawienne, uraz, krwotok wewnątrzczaszkowy);<br>8) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>9) nadciśnienie płucne o innej etiologii niż podano w kryteriach kwalifikacji;<br>10) brak współpracy z strony świadczeniobiorcy w zakresie prowadzenia terapii oraz okresowej kontroli; | niż u świadczeniobiorców dorosłych i nie wzrastało po zwiększeniu dawki bozentanu do poziomu powyżej 2mg/kg dwa razy na dobę .Na podstawie danych farmakokinetycznych można stwierdzić, że jest mało prawdopodobne, by większe dawki były bardziej skuteczne. Nie można także wykluczyć, że po zwiększeniu dawki u dzieci wzrośnie prawdopodobieństwo wystąpienia działań niepożądanych. Nie przeprowadzono badań klinicznych porównujących stosunek skuteczności do bezpieczeństwa dawki 2 mg/kg i 4 mg/kg dwa razy na dobę u dzieci.<br>Doświadczenie kliniczne, dotyczące dzieci w wieku poniżej 2 lat jest ograniczone.<br><br>**2. Kontynuacja leczenia TNP u osób przekraczających wiek 18 lat i wcześniej otrzymujących bosentan w ramach leczenia TNP u dzieci**<br>Schemat dawkowania substancji czynnych – na zasadach zawartych w opisie programu lekowego leczenia TNP u dorosłych. | **2.2 Badania inwazyjne:**<br>Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się:<br>1) co 12 -24 miesiące – nie dotyczy pacjentów z zespołem Eisenmengera;<br>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;<br>3) jeżeli:<br>a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami<br>lub<br>b) jeżeli obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne<br>- do decyzji lekarza prowadzącego.<br><br>Wykonanie cewnikowania prawego serca nie jest wymagane u pacjentów w wieku poniżej 18 lat.<br><br>Zmiana terapii w obrębie II rzutu nie wymaga badania hemodynamicznego.<br><br>Skuteczność terapii ocenia się na podstawie cewnikowania prawego serca zgodnie z obowiązującymi standardami.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego |

| | | |
|---|---|---|
| 11) ciąża – do decyzji lekarza prowadzącego;<br>12) laktacja.<br><br>**2.4 Kryteria wyłączenia z leczenia II rzutu treprostinilem:**<br>1) nadciśnienie płucne związane z potwierdzoną chorobą zarostową żył płucnych;<br>2) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;<br>3) ciężka niewydolność wątroby klasa Child-Pugh C;<br>4) czynna choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe, zranienie, inny rodzaj krwawienia;<br>5) wrodzone lub nabyte wady zastawkowe serca z klinicznie znaczącymi zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;<br>6) ciężka postać choroby niedokrwiennej serca lub niestabilna postać dławicy piersiowej;<br>7) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;<br>8) nieleczona niewydolność serca;<br>9) ciężkie zaburzenia rytmu serca;<br>10) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg<br>11) epizody naczyniowo-mózgowe (np. przejściowe niedokrwienie mózgu, udar) w ciągu ostatnich 3 miesięcy;<br>12) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>13) nadciśnienie płucne o innej etiologii niż podano w kryteriach włączenia;<br>14) brak współpracy z strony świadczeniobiorcy w zakresie prowadzenia terapii oraz okresowej kontroli;<br>15) ciąża – do decyzji lekarza prowadzącego;<br>16) laktacja. | | Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnymza pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| **2.5 Kryteria wyłączenia z leczenia II rzutu bosentanem** określono w pkt 1.1.3.<br><br>**2.6. Kryteria zmiany terapii u pacjentów, u których wcześniej, w ramach programu, stosowano leczenie II rzutu ambrisentanem :**<br><br>**2.6.1.** W przypadku utrzymywania się stabilnej poprawy po leczeniu ambrisentanem dopuszcza się możliwość powrotu do terapii I rzutu określonych w programie po spełnieniu kryteriów włączenia do terapii I rzutu z zastrzeżeniem:<br>a) w uzasadnionych klinicznie przypadkach nie jest wymagane ponowne wykonanie cewnikowania serca, na przykład cewnikowanie serca nie jest konieczne, jeżeli od ostatniego badania minęło mniej niż 3 miesiące<br>lub<br>b) w przypadku gdy dotychczasowe leczenie ambrisentanem doprowadziło do poprawy stanu świadczeniobiorcy do II klasy czynnościowej wg WHO świadczeniobiorca może zostać zakwalifikowany do terapii I rzutu określonej w programie lekowym leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego.<br>Oceny stabilnej poprawy dokonuje lekarz prowadzący na podstawie wyników badań wykonanych w ramach monitorowania leczenia . Podjęcie decyzji o powrocie do terapii I rzutu należy do lekarza prowadzącego.<br><br>**2.6.2.** W przypadku niemożności stosowania u świadczeniobiorcy ambrisentanu lub braku osiągnięcia skuteczności klinicznej dopuszcza się możliwość zastosowania innej terapii II rzutu określonej w programie po spełnieniu kryteriów włączenia do terapii II rzutu z zastrzeżeniem - w uzasadnionych klinicznie | | |

| | | |
|---|---|---|
| przypadkach nie jest wymagane ponowne wykonanie cewnikowania serca.<br>Oceny niemożności stosowania u świadczeniobiorcy ambrisentanu lub braku osiągnięcia skuteczności klinicznej dokonuje lekarz prowadzący na podstawie wyników badań wykonanych w ramach monitorowania leczenia.<br><br>**B. Leczenie TNP u dzieci i kontynuacja ich leczenia po 18 roku życia**<br><br>**1. Leczenie dzieci bosentanem**<br><br>**1.1. Kryteria kwalifikacji dzieci do leczenia bosentanem:**<br>1) wiek:<br>a) od 2 do 18 roku życia,<br>b) kontynuacja ich leczenia po 18 roku życia;<br>2) idiopatyczne i rodzinne tętnicze nadciśnienie płucne;<br>3) tętnicze nadciśnienie płucne związane z chorobą tkanki łącznej;<br>4) tętnicze nadciśnienie płucne w przebiegu wrodzonych wad serca;<br>5) zespół Eisenmengera;<br>6) III klasa czynnościowa według WHO;<br>7) zastosowanie skutecznej metody antykoncepcji u miesiączkujących dziewcząt.<br><br>**1.2. Określenie czasu leczenia dzieci w programie:**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączeniu z programu.<br><br>**1.3. Kryteria wyłączenia dzieci z programu:**<br>1) nadciśnienie płucne o innej etiologii niż podano w kryteriach włączenia; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 2) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego;<br>3) brak współpracy ze strony świadczeniobiorcy w zakresie prowadzenia terapii oraz okresowej kontroli leczenia;<br>4) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>5) umiarkowane do ciężkiego zaburzenie czynności wątroby;<br>6) 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;<br>7) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny;<br>8) ciąża;<br>9) miesiączkujące dziewczęta niestosujące skutecznych metod antykoncepcji.<br><br>**2. Kontynuacja leczenia TNP u osób przekraczających wiek 18 lat i wcześniej otrzymujących bosentan w ramach leczenia TNP u dzieci:**<br>**2.1.** Świadczeniodawca przejmujący pacjenta w programie lekowym nie ma obowiązku ponownej weryfikacji rozpoznania tętniczego nadciśnienia płucnego.<br>**2.2.** Kontynuacja leczenia substancjami czynnymi i jego monitorowanie oraz ewentualne zmiany terapii po 18 roku życia opierają się na zasadach zawartych w opisie programu lekowego leczenia TNP u dorosłych. | | |

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**<br>**1.1 Kryteria włączenia**<br>1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów), przy:<br>a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż infliksymab inhibitorami TNF alfa<br>lub<br>b) występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia<br>lub<br>2) pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne,<br>- niezależnie od nasilenia choroby w skali PCDAI.<br><br>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**<br><br>Dawkowanie infliksymabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO/ESPGHAN. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia infliksymabem**<br>1) morfologia krwi obwodowej;<br>2) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>4) poziom kreatyniny w surowicy;<br>5) białko C-reaktywne;<br>6) badanie ogólne moczu;<br>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>8) antygen HBs;<br>9) przeciwciała anty HCV;<br>10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo);<br>11) stężenie elektrolitów w surowicy;<br>12) RTG klatki piersiowej;<br>13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);<br>14) obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia / PCDAI u dzieci.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia infliksymabem**<br>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.<br><br>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.<br><br>**1.2 Leczenie podtrzymujące infliksymabem**<br>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.<br>Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie PCDAI o 12,5 lub więcej punktów oraz PCDAI niższe niż 30 punktów.<br><br>**2. Leczenie infliksymabem choroby Leśniowskiego-Crohna u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia.**<br>**2.1 Kryteria włączenia**<br>1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów) przy:<br>a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż infliksymab inhibitorami TNF alfa<br>lub<br>b) występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia<br>lub<br>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.<br><br>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.<br>W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę PCDAI przynajmniej co 16 tygodni.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br><br>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia infliksymabem dzieci i dorosłych w programie**<br>1) Terapia indukcyjna - 6 tygodni;<br>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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia dzieci i dorosłych z programu leczenia infliksymabem**<br>W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu:<br>1) nadwrażliwość na leki stosowane w programie;<br>2) ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne;<br>3) umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego;<br>4) niestabilna choroba wieńcowa;<br>5) przewlekła niewydolność oddechowa;<br>6) przewlekła niewydolność nerek;<br>7) przewlekłą niewydolność wątroby;<br>8) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;<br>9) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każdą czynną postępującą chorobę wątroby;<br>10) ciąża lub karmienie piersią;<br>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).<br><br>**5. Zakończenie leczenia dzieci i dorosłych infliksymabem**<br>1) brak efektów leczenia;<br>2) wystąpienie działań niepożądanych leczenia;<br>3) wystąpienia powikłań wymagających innego specyficznego leczenia.<br><br>Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt. 1-3.<br><br>Dostępne dane nie uzasadniają dalszego leczenia infliksymabem u dzieci i młodzieży, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 10 tygodni leczenia.<br><br>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.<br><br>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:<br><br>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.<br><br>2. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii infliksymabem, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie.<br><br>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**<br>**1.1 Kryteria włączenia**<br>ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów), przy:<br>a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż infliksymab inhibitorami TNF alfa<br>lub<br>b) występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia<br>lub<br>2) pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne,<br>- niezależnie od nasilenia choroby w skali PCDAI.<br><br>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu.<br><br>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.<br><br>**1.2 Leczenie podtrzymujące infliksymabem**<br>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.**<br><br>Dawkowanie infliksymabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO/ESPGHAN. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia infliksymabem**<br>1) morfologia krwi obwodowej;<br>2) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>4) poziom kreatyniny w surowicy;<br>5) białko C-reaktywne;<br>6) badanie ogólne moczu;<br>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>8) antygen HBs;<br>9) przeciwciała anty HCV;<br>10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo);<br>11) stężenie elektrolitów w surowicy;<br>12) RTG klatki piersiowej;<br>13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);<br>14) obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia / PCDAI u dzieci.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia infliksymabem**<br>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.<br><br>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.<br>Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie PCDAI o 12,5 lub więcej punktów oraz PCDAI niższe niż 30 punktów.<br><br>**2. Leczenie infliksymabem choroby Leśniowskiego-Crohna u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia.**<br>**2.1 Kryteria włączenia**<br>1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów) przy:<br>a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż infliksymab inhibitorami TNF alfa<br>lub<br>b) występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia<br>lub<br>2) obecność przetok okołoodbytowych, które nie zagoiły się pod wpływem antybiotyków i leczenia chirurgicznego w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym<br>- niezależnie od nasilenia choroby.<br><br>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia infliksymabem dzieci i dorosłych w programie**<br>1) Terapia indukcyjna - 6 tygodni;<br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia dzieci i dorosłych z programu leczenia infliksymabem**<br>W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu:<br>1) nadwrażliwość na leki stosowane w programie;<br>2) ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne;<br>3) umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego;<br>4) niestabilna choroba wieńcowa;<br>5) przewlekła niewydolność oddechowa;<br>6) przewlekła niewydolność nerek;<br>7) przewlekłą niewydolność wątroby;<br>8) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;<br>9) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każdą czynną postępującą chorobę wątroby;<br>10) ciąża lub karmienie piersią;<br>11) rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu;<br>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).<br><br>**5. Zakończenie leczenia dzieci i dorosłych infliksymabem**<br>1) brak efektów leczenia;<br>2) wystąpienie działań niepożądanych leczenia;<br>3) wystąpienia powikłań wymagających innego specyficznego leczenia. | | |

| | | |
|---|---|---|
| Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt. 1-3.<br><br>Dostępne dane nie uzasadniają dalszego leczenia infliksymabem u dzieci i młodzieży, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 10 tygodni leczenia.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji pediatrycznej:<br><br>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.<br><br>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**<br>**1.1 Kryteria włączenia**<br>1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów), przy:<br>a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż adalimumab inhibitorami TNF alfa<br>lub<br>b) występowaniu przeciwwskazań medycznych lub działań niepożądanych takiego leczenia<br>lub<br>2) pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne,<br>- niezależnie od nasilenia choroby w skali PCDAI.<br><br>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.<br><br>**1.2 Leczenie podtrzymujące adalimumabem**<br>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**<br><br>Dawkowanie adalimumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO/ESPGHAN. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia adalimumabem**<br>1) morfologia krwi obwodowej;<br>2) aminotransferaza alaninowa(AlAT);<br>3) aminotransferaza asparaginianowa(AspAT);<br>4) poziom kreatyniny w surowicy;<br>5) białko C-reaktywne;<br>6) badanie ogólne moczu;<br>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon<br>8) antygen HBs;<br>9) przeciwciała anty HCV;<br>10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo);<br>11) stężenie elektrolitów w surowicy;<br>12) RTG klatki piersiowej;<br>13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);<br>14) obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia / PCDAI u dzieci..<br><br>**2. Monitorowanie leczenia adalimumabem**<br>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.<br>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.<br>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:<br><br>1) przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu,<br>2) nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie ,<br>3) nie zachodzą okoliczności o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia.<br><br>**2. Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia**<br>**2.1 Do programu mogą zostać włączeni pacjenci w przypadku wystąpienia łącznie następujących kryteriów:**<br>1) Wiek pacjenta: 18 lat i więcej;<br>2) Ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów) przy:<br>a) braku odpowiedzi na pełny i odpowiedni kurs leczenia kortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż adalimumab inhibitorami TNF alfa<br>lub<br>b) występowaniu przeciwwskazań medycznych lub objawów nietolerancji takiego leczenia<br>lub<br>c) obecności przetok okołoodbytowych, które nie zagoiły się pod wpływem antybiotyków i leczenia chirurgicznego w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym - niezależnie od nasilenia choroby.<br>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą | | dawki leku następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT.<br>4) Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika PCDAI.,<br>5) W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę PCDAI co najmniej raz na 3 miesiące.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia adalimumabem dzieci i dorosłych w programie**<br>1) terapia indukcyjna adalimumabem – trwa 12 tygodni;<br>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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia dzieci i dorosłych z programu leczenia adalimumabem**<br>W przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu:<br>1) nadwrażliwość na leki stosowane w programie;<br>2) ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne,<br>3) umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego;<br>4) niestabilna choroba wieńcowa;<br>5) przewlekła niewydolność oddechowa;<br>6) przewlekła niewydolność nerek;<br>7) przewlekła niewydolność wątroby;<br>8) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;<br>9) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każda czynna postępująca choroba wątroby;<br>10) ciąża lub karmienie piersią;<br>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).<br><br>**5. Zakończenie leczenia dzieci i dorosłych adalimumabem**<br>Zakończenie leczenia w ramach programu następuje w przypadku:<br>1) brak efektów leczenia;<br>2) wystąpienie działań niepożądanych leczenia;<br>3) wystąpienia powikłań wymagających innego specyficznego leczenia.<br>Zakończenie leczenia następuje w przypadku spełnienia przynajmniej jednego kryterium wymienionych w punktach od 1 do 3.<br><br>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.<br><br>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<br><br>Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji | | |

| | | |
|---|---|---|
| pediatrycznej:<br><br>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.<br><br>2. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii adalimumabem, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie.<br><br>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**<br>**1.1 Kryteria włączenia**<br>1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów), przy:<br>a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż infliksymab inhibitorami TNF alfa<br>lub<br>b) występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia<br>lub<br>2) pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne,<br>- niezależnie od nasilenia choroby w skali PCDAI.<br><br>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**<br><br>Dawkowanie infliksymabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO/ESPGHAN. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia infliksymabem**<br>1) morfologia krwi obwodowej;<br>2) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>4) poziom kreatyniny w surowicy;<br>5) białko C-reaktywne;<br>6) badanie ogólne moczu;<br>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>8) antygen HBs;<br>9) przeciwciała anty HCV;<br>10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo);<br>11) stężenie elektrolitów w surowicy;<br>12) RTG klatki piersiowej;<br>13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);<br>14) obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia / PCDAI u dzieci.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia infliksymabem**<br>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.<br><br>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.<br><br>**1.2 Leczenie podtrzymujące infliksymabem**<br>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.<br>Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie PCDAI o 12,5 lub więcej punktów oraz PCDAI niższe niż 30 punktów.<br><br>**2. Leczenie infliksymabem choroby Leśniowskiego-Crohna u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia.**<br>**2.1 Kryteria włączenia**<br>1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów) przy:<br>a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż infliksymab inhibitorami TNF alfa<br>lub<br>b) występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia<br>lub<br>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.<br>W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę CDAI przynajmniej, co 16 tygodni.<br><br>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.<br>Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika PCDAI.<br>W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę PCDAI przynajmniej co 16 tygodni.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br><br>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia infliksymabem dzieci i dorosłych w programie**<br>1) Terapia indukcyjna - 6 tygodni;<br>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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia dzieci i dorosłych z programu leczenia infliksymabem**<br>W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu:<br>1) nadwrażliwość na leki stosowane w programie;<br>2) ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne;<br>3) umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego;<br>4) niestabilna choroba wieńcowa;<br>5) przewlekła niewydolność oddechowa;<br>6) przewlekła niewydolność nerek;<br>7) przewlekłą niewydolność wątroby;<br>8) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;<br>9) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każdą czynną postępującą chorobę wątroby;<br>10) ciąża lub karmienie piersią;<br>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).<br><br>**5. Zakończenie leczenia dzieci i dorosłych infliksymabem**<br>1) brak efektów leczenia;<br>2) wystąpienie działań niepożądanych leczenia;<br>3) wystąpienia powikłań wymagających innego specyficznego leczenia.<br><br>Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt. 1-3.<br><br>Dostępne dane nie uzasadniają dalszego leczenia infliksymabem u dzieci i młodzieży, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 10 tygodni leczenia.<br><br>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.<br><br>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:<br><br>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.<br><br>2. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii infliksymabem, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie.<br><br>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**<br>**1.1 Kryteria włączenia**<br>1) ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów), przy:<br>a) braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż adalimumab inhibitorami TNF alfa<br>lub<br>b) występowaniu przeciwwskazań medycznych lub działań niepożądanych takiego leczenia<br>lub<br>2) pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne,<br>- niezależnie od nasilenia choroby w skali PCDAI.<br><br>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.<br><br>**1.2 Leczenie podtrzymujące adalimumabem**<br>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**<br><br>Dawkowanie adalimumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji ECCO/ESPGHAN. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia adalimumabem**<br>1) morfologia krwi obwodowej;<br>2) aminotransferaza alaninowa(AlAT);<br>3) aminotransferaza asparaginianowa(AspAT);<br>4) poziom kreatyniny w surowicy;<br>5) białko C-reaktywne;<br>6) badanie ogólne moczu;<br>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon<br>8) antygen HBs;<br>9) przeciwciała anty HCV;<br>10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo);<br>11) stężenie elektrolitów w surowicy;<br>12) RTG klatki piersiowej;<br>13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);<br>14) obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia / PCDAI u dzieci..<br><br>**2. Monitorowanie leczenia adalimumabem**<br>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.<br>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.<br>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:<br><br>1) przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu,<br>2) nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie ,<br>3) nie zachodzą okoliczności o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia.<br><br>**2. Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia**<br>**2.1 Do programu mogą zostać włączeni pacjenci w przypadku wystąpienia łącznie następujących kryteriów:**<br>1) Wiek pacjenta: 18 lat i więcej;<br>2) Ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów) przy:<br>a) braku odpowiedzi na pełny i odpowiedni kurs leczenia kortykosteroidami lub lekami immunosupresyjnymi lub innymi niż adalimumab inhibitorami TNF alfa<br>lub<br>b) występowaniu przeciwwskazań medycznych lub objawów nietolerancji takiego leczenia<br>lub<br>c) obecności przetok okołoodbytowych, które nie zagoiły się pod wpływem antybiotyków i leczenia chirurgicznego w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym - niezależnie od nasilenia choroby.<br>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą | | dawki leku następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT.<br>4) Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika PCDAI.,<br>5) W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę PCDAI co najmniej raz na 3 miesiące.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia adalimumabem dzieci i dorosłych w programie**<br>1) terapia indukcyjna adalimumabem – trwa 12 tygodni;<br>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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia dzieci i dorosłych z programu leczenia adalimumabem**<br>W przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu:<br>1) nadwrażliwość na leki stosowane w programie;<br>2) ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne,<br>3) umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego;<br>4) niestabilna choroba wieńcowa;<br>5) przewlekła niewydolność oddechowa;<br>6) przewlekła niewydolność nerek;<br>7) przewlekła niewydolność wątroby;<br>8) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;<br>9) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każda czynna postępująca choroba wątroby;<br>10) ciąża lub karmienie piersią;<br>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).<br><br>**5. Zakończenie leczenia dzieci i dorosłych adalimumabem**<br>Zakończenie leczenia w ramach programu następuje w przypadku:<br>1) brak efektów leczenia;<br>2) wystąpienie działań niepożądanych leczenia;<br>3) wystąpienia powikłań wymagających innego specyficznego leczenia.<br>Zakończenie leczenia następuje w przypadku spełnienia przynajmniej jednego kryterium wymienionych w punktach od 1 do 3.<br><br>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.<br><br>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<br><br>Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji pediatrycznej:<br><br>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.<br><br>2. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii adalimumabem, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie.<br><br>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:**<br>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.<br>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:**<br>1) Inhibitory TNF alfa, tocilizumab i rytuksymab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.<br>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.<br>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:**<br>1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości;<br>2) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>3) obecność antygenu HBs;<br>4) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową;<br>5) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>6) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>7) EKG z opisem.<br><br>**2. Badania przy pierwszej, albo kolejnych kwalifikacjach do programu, jeżeli badanie było wykonane wcześniej niż 1 miesiąc (± 14 dni) przed kwalifikacją:**<br>1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;<br>2) płytki krwi (PLT); |

| | | |
|---|---|---|
| monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej):<br>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:<br>– wartość DAS 28 – większa niż 5,1 albo<br>– wartość DAS – większa niż 3,7 albo<br>– wartość SDAI – większa niż 26 lub<br>b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.:<br>– z postacią uogólnioną (Zespół Stilla u dorosłych) lub<br>– z RZS z wtórną amyloidozą lub<br>– z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń.<br>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:<br>a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>Zastosowanie trzeciego inhibitora TNF alfa w programach lekowych dotyczących leczenia RZS możliwe jest tylko i | | 3) odczyn Biernackiego (OB);<br>4) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>5) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>6) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>7) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>8) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>9) stężenie immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem;<br>10) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem.<br><br>**3. Monitorowanie leczenia:**<br>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:<br>a) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;<br>b) płytki krwi (PLT);<br>c) odczyn Biernackiego (OB);<br>d) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>e) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>f) AspAT i AlAT;<br>g) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem<br>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.<br>b) rytuksymabem, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>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.<br>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:<br>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie | | Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni).<br>2) Monitorowanie terapii rytuksymabem - po 180 dniach (± 28 dni) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać:<br>a) morfologię krwi;<br>b) odczyn Biernackiego (OB);<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>d) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>e) AspAT i AlAT;<br>f) stężenie immunoglobulin G i M w surowicy<br>oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności leczenia.<br>Jeżeli terapia jest powtarzana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni) od ponownego podania leku.<br><br>**4. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS);<br>b) rytuksymabem, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub<br>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub<br>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).<br>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.<br>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:<br>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem, u których:<br>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub<br>– 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).<br>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.<br>7) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.<br>8) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.<br>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.<br>10) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie:**<br>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.<br><br>**3. Czas leczenia w programie:**<br>1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.<br>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.<br>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.<br>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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>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;<br>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;<br>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;<br>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;<br>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;<br>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;<br>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.<br><br>**5. Kryteria ponownego włączenia do programu:**<br>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.<br>2) Nawrót aktywnej choroby stwierdza się gdy, w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia substancji czynnej leku biologicznego, nastąpił wzrost wartości:<br>a) DAS 28 o więcej niż 1,2, tak że jego wartość jest większa niż 3,2 albo<br>b) DAS o więcej niż 1,2, tak że jego wartość jest większa niż 2,4 albo<br>c) SDAI o więcej niż 5, tak że jego wartość jest większa niż 11.<br>3) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby.<br>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:**<br>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.<br>Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.<br>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:<br>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:**<br>1. Adalimumab, etanercept i tocilizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.<br>2. Powyższe leki należy podawać z metotreksatem w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu.<br>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:**<br>1) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>2) obecność antygenu HBs;<br>3) przeciwciała anty-HCV;<br>4) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>5) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>6) EKG z opisem.<br><br>**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:**<br>1) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;<br>2) płytki krwi (PLT);<br>3) odczyn Biernackiego (OB);<br>4) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>5) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>6) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>7) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>8) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>9) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem.<br><br>**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<br>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.<br>3) Ponadto do terapii tocilizumabem kwalifikują się pacjenci od 2 roku życia, z rozpoznaniem:<br>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):<br>a) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;<br>b) odczyn Biernackiego (OB);<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>d) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>e) AspAT i AlAT;<br>f) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem<br>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.<br>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni).<br><br>**4. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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°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.<br>4) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem w ramach programu lekowego, u których:<br>a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub<br>b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub<br>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).<br>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.<br>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.<br>7) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.<br>8) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.<br>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.<br>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.<br>11) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z | | |

| | | |
|---|---|---|
| Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu:**<br>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.<br><br>**3. Czas leczenia w programie:**<br>1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.<br>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.<br>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.<br>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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony po 3 pierwszych miesiącach (± 14 dni) terapii daną | | |

| | | |
|---|---|---|
| substancją czynną. Adekwatną odpowiedź na leczenie definiujemy jako:<br>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,<br>b) ustąpienie objawów układowych po 3 pierwszych miesiącach terapii – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami układowymi;<br>2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona po kolejnych 3 miesiącach (± 14 dni);<br>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:<br>a) liczba stawów z czynnym zapaleniem;<br>b) liczba stawów z ograniczeniem ruchomości;<br>c) ocena aktywności choroby dokonana przez lekarza na 10-centymetrowej skali VAS;<br>d) ocena ogólnego samopoczucia dokonana przez rodzica lub chore dziecko na 10-centymetrowej skali VAS;<br>e) wskaźnik stanu funkcjonalnego dziecka (np. CHAQ);<br>f) laboratoryjny wskaźnik ostrej fazy (OB. lub CRP).<br>4) utrata kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 w trakcie kolejnych wizyt monitorujących po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni);<br>5) utrzymywanie się przez okres 12 miesięcy kryteriów poprawy ACR Pediatric 50;<br>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;<br>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;<br>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;<br>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:**<br>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.<br>2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie spowodowało spełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50.<br>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:**<br>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.<br>2) Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria:<br>a) z ustalonym rozpoznaniem ŁZS postawionym na podstawie kryteriów CASPAR,<br>b) z aktywną i ciężką postacią choroby, | **1. Dawkowanie:**<br>Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab i infliksymab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS. | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) obecność czynnika reumatoidalnego (RF) (z wyłączeniem testu lateksowego);<br>2) morfologia krwi;<br>3) płytki krwi (PLT);<br>4) odczyn Biernackiego (OB);<br>5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>7) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>11) obecność antygenu HBs;<br>12) przeciwciała anty-HCV;<br>13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>15) EKG z opisem;<br>16) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitis - u pacjentów z postacią osiową.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia:** |

| | | |
|---|---|---|
| c) z niezadowalającą odpowiedzią na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS.<br>3) Kryteria klasyfikacyjne CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej:<br>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,<br>b) dactylitis obecnie lub dodatni wywiad w kierunku dactylitis potwierdzony przez reumatologa – 1 pkt,<br>c) brak czynnika reumatoidalnego (z wyłączeniem testu lateksowego) – 1 pkt,<br>d) typowa dystrofia paznokci (liza paznokcia, objaw naparstka, bruzdowanie, hiperkeratoza) – 1 pkt,<br>e) zmiany radiologiczne stawów dłoni lub stóp charakterystyczne dla ŁZS (okołostawowe tworzenie nowej kości z wyłączeniem osteofitów) – 1 pkt.<br>4) Aktywna i ciężka postać choroby:<br>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) Po 90 dniach (± 14 dni) i 180 dniach (± 28 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:<br>a) morfologię krwi;<br>b) odczyn Biernackiego (OB);<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>d) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>e) AspAT i AlAT<br>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni).<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:<br>– 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<br>– 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<br>– ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz<br>– ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz<br>– 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<br>albo<br>2) wg DAS 28:<br>– wartość DAS 28 – większa niż 5,1<br>albo | | |

| | | |
|---|---|---|
| 3) wg DAS:<br>– wartość DAS – większa niż 3,7.<br>4) u pacjentów z aktywną i ciężką postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:<br>– PASI większe niż 10 oraz<br>– DLQI większe niż 10 oraz<br>– BSA większe niż 10<br>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;<br>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:<br>– wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1 – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,<br>– ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm – określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,<br>– 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.<br>5) Niezadowalająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki definiowana jest jako nieskuteczność leczenia:<br>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;<br>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.<br>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.<br>7) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie:**<br>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.<br><br>**3. Adekwatna odpowiedź na leczenie:**<br>1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS:<br>a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:<br>– 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,<br>– 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,<br>b) wg DAS 28 lub DAS:<br>– po 3 miesiącach (± 14 dni) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa uzyskanie co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤ 3,7,<br>– po 6 miesiącach (± 28 dni) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 3,2 albo DAS ≤ 2,4;<br>2) w przypadku postaci osiowej ŁZS:<br>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,<br>b) po 6 miesiącach (± 28 dni) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3.<br><br>**4. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną:**<br>1) Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:<br>a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na | | |

| | | |
|---|---|---|
| substancję czynną lub pomocniczą lub<br>b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub<br>c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowany inhibitor TNF alfa zgodnie z pkt 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących.<br>2) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia ŁZS nie jest możliwe zastosowanie 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.<br>3) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.<br>4) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.<br><br>**5. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3;<br>2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;<br>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;<br>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.<br><br>**6. Czas leczenia w programie:**<br>1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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, 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.<br><br>**7. Kryteria ponownego włączenia do programu:**<br>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.<br>2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby.<br>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 INHIBITORAMI TNF ALFA ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z CIĘŻKĄ, AKTYWNĄ POSTACIĄ ZESZTYWNIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK) (ICD-10 M 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. Kryteria kwalifikacji:<br>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.<br>2) Do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających wszystkie poniższe kryteria:<br>a) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroilitis w badaniu RTG,<br>b) z aktywną i ciężką postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w</td>
<td>1. Dawkowanie:<br>Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab i infliksymab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji:<br>1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;<br>2) morfologia krwi;<br>3) płytki krwi (PLT);<br>4) odczyn Biernackiego (OB);<br>5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>7) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>11) obecność antygenu HBs;<br>12) przeciwciała anty-HCV;<br>13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>15) EKG z opisem;<br>16) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitis umożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich.<br><br>2. Monitorowanie leczenia:</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie,<br>c) z niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej dwa niesteroidowe leki przeciwzapalne, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii. Niezadowalająca odpowiedź na leczenie oznacza utrzymywanie się aktywnej i ciężkiej postaci choroby pomimo zastosowanego leczenia.<br>3) Aktywną i ciężką postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów:<br>a) wartość BASDAI $\geq$ 4 lub wartość ASDAS $\geq$ 2,1, określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,<br>b) ból kręgosłupa $\geq$ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm, określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,<br>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.<br>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, | | 1) Po 90 dniach (± 14 dni) i 180 dniach (± 28 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:<br>a) morfologię krwi;<br>b) odczyn Biernackiego (OB);<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>d) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>e) AspAT i AlAT<br>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni).<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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. |

| | | |
|---|---|---|
| jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.<br>5) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie:**<br>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.<br><br>**3. Adekwatna odpowiedź na leczenie:**<br>1) 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;<br>2) po 6 miesiącach (± 28 dni) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3.<br><br>**4. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną:**<br>1) Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:<br>a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub<br>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 zastosowany inhibitor TNF alfa zgodnie z pkt 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących.<br>2) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia ZZSK nie jest możliwe zastosowanie 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.<br>3) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.<br>4) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.<br><br>**5. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3;<br>2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;<br>3) utrzymywanie się przez okres 12-15 miesięcy niskiej aktywności choroby wyrażonej wartością BASDAI < 3 lub ASDAS < 1,3;<br>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.<br><br>**6. Czas leczenia w programie:**<br>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.<br>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.<br>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.<br>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 nie jest możliwe.<br>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.<br><br>**7. Kryteria ponownego włączenia do programu:**<br>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.<br>2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby.<br>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**<br>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;<br>2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR:<br>a) poniżej 30 ml/min. - u świadczeniobiorców bez cukrzycy<br>albo<br>b) poniżej 45 ml/min. - u świadczeniobiorców z cukrzycą;<br>3) wiek:<br>a) powyżej 3 roku życia - w przypadku produktów leczniczych zawierających alkohol benzylowy<br>albo<br>b) bez ograniczenia wiekowego - w przypadku pozostałych produktów leczniczych;<br>4) świadczeniobiorcy niedializowani.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w ust. 3.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) ciąża; | **1. Dawkowanie**<br>1) darbepoetyna alfa:<br>a) 10 µg - 1 raz w tygodniu<br>albo<br>b) 20 µg - 1 raz na dwa tygodnie,<br>albo<br>c) 40 µg - 1 raz w miesiącu<br>- iv. lub sc. (średnia dawka tygodniowa/ dwutygodniowa/miesięczna dla świadczeniobiorcy w danym ośrodku prowadzącym program);<br><br>2) epoetyna alfa:<br>a) 2.000 j.m. 1 raz w tygodniu<br>- 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**<br>1) poziom hemoglobiny;<br>2) hematokryt;<br>3) GFR;<br>4) TSAT;<br>5) CRP.<br><br>**2.Monitorowanie leczenia**<br>1) badania wykonywane co 2 tygodnie - po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki:<br>a) poziom hemoglobiny,<br>b) hematokryt;<br>2) badania wykonywane co najmniej 1 raz w miesiącu - po osiągnięciu stabilnego docelowego Hb/Ht:<br>a) poziom hemoglobiny,<br>b) hematokryt.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do |

| | | |
|---|---|---|
| 3) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego;<br>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.<br><br>**1.Kryteria kwalifikacji**<br>1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m$^2$/min.;<br>2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0;<br>3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulicha i Pyle;<br>4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości;<br>2) zaburzenia przemian węglowodanowych;<br>3) choroba nowotworowa,<br>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**<br>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**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) badania densytometryczne;<br>3) RTG stawów biodrowych.<br>Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek.<br><br>**2.Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Co 30 dni** w 3 - 4 stadium choroby:<br>1) stężenie parathormonu (intact PTH);<br>2) fosfataza alkaliczna;<br>3) proteinogram;<br>4) stężenie glukozy we krwi;<br>5) stężenie kreatyniny;<br>6) stężenie mocznika;<br>7) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-);<br>8) morfologia krwi z rozmazem;<br>9) gazometria.<br>**2.2 Co 90 dni**<br>1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb:<br>a) konsultacja urologiczna,<br>b) USG jamy brzusznej,<br>2) konsultacja dietetyka;<br>3) w 2 stadium choroby: |

| | | |
|---|---|---|
| lat oraz chłopców z wiekiem kostnym powyżej 16 lat);<br>5) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 16 lat przez dziewczynkę i powyżej 18 lat przez chłopca. | | a) stężenie parathormonu (intact PTH),<br>b) fosfataza alkaliczna,<br>c) proteinogram,<br>d) stężenie glukozy we krwi,<br>e) stężenie kreatyniny,<br>f) stężenie mocznika,<br>g) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-),<br>h) morfologia krwi z rozmazem,<br>i) gazometria.<br>**2.3 Po 90 dniach**<br>1) stężenie IGF-1.<br>**2.9 Co 365 dni**<br>1) stężenie triglicerydów;<br>2) stężenie całkowitego cholesterolu;<br>3) stężenie IGF-1;<br>4) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>5) w uzasadnionych przypadkach:<br>a) badania densytometryczne,<br>b) RTG stawów biodrowych,<br>c) konsultacja okulistyczna,<br>d) konsultacja ortopedyczna,<br>e) cystouretografia,<br>6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej, u innych w zależności od potrzeb:<br>a) konsultacja ortopedyczna,<br>b) RTG/USG stawów biodrowych,<br>c) TK z kontrastem stawów biodrowych,<br>7) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb:<br>a) badanie ogólne moczu,<br>b) posiew moczu. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców PNN.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br>1) wtórna nadczynność przytarczyc;<br>2) długotrwałe leczenie hemodializą z powodu schyłkowej niewydolności nerek;<br>3) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. dla paratyroidektomii);<br>4) stężenie iPTH > 500pg/ml.<br><br>**2. Kryteria wyłączenia**<br>1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation);<br>2) przeszczepienie nerki;<br>3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze;<br>4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia. | **1. Dawkowanie cynakalcetu**<br>1) Zalecana dawka początkowa cynakalcetu u dorosłych wynosi 30 mg raz na dobę.<br>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**<br>1) stężenie iPTH - przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące;<br>2) stężenie w surowicy Ca x P;<br>3) stężenie wapnia w surowicy;<br>4) stężenie fosforu w surowicy.<br><br>**2. Monitorowanie programu**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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.<br><br>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.<br>Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 października do 30 kwietnia.<br>Immunizację paliwizumabem przeprowadza się jednorazowo.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia paliwizumabem<br><br>1) Do programu kwalifikowani są świadczeniobiorcy którzy:<br>a) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli pierwszego roku życia i spełniają następujące kryteria:<br>i. wiek ciążowy ≤ 28 tygodni (ICD-10 P07.2, P07.3)<br>lub<br>ii. dysplazja oskrzelowo-płucna (ICD-10 P27.1)<br>b) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli szóstego miesiąca życia i spełniają kryterium:<br>i. wiek ciążowy 29 - 32 tygodni (ICD-10 P07.3).<br>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<br><br>Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br><br>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.<br><br>2. Monitorowanie leczenia<br><br>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.<br>Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii nadzoruje program korzystając z rejestru SMPT.<br><br>3. Monitorowanie programu<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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**<br><br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakikolwiek ze składników występujących w preparacie;<br>2) objawy nadwrażliwości na inne humanizowane przeciwciała monoklonalne;<br>3) brak zgody pacjenta. | | zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br><br>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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym;<br>2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia;<br>3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców;<br>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);<br>5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;<br>6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów;<br>7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu);<br>8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób; | **1. Dawkowanie**<br>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień). | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) pomiar stężenia IGF-1.<br>Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Po 30 dniach**<br>1) konsultacja laryngologiczna.<br>**2.2 Po 90 dniach**<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) konsultacja laryngologiczna, następne w zależności od potrzeb.<br>**2.3 Co 90 dni**<br>1) konsultacja dietetyka;<br>2) konsultacja rehabilitanta.<br>**2.4 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia glukozy we krwi;<br>2) pomiar stężenia TSH;<br>3) pomiar stężenia fT4.<br>4) jonogram w surowicy krwi.<br>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi.<br>**2.5 Co 365 dni**<br>1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u |

| | | |
|---|---|---|
| 9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br>Świadczeniobiorcy po ukończeniu 18 r. ż. kontynuują terapię na zasadach określonych w programie do czasu spełnienia któregokolwiek z kryteriów wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą;<br>2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii;<br>3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego;<br>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);<br>5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów;<br>6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu. | | dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb);<br>2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego:<br>a) konsultacja kardiologiczna,<br>b) USG serca,<br>3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;<br>4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego;<br>5) pomiar stężeń triglicerydów;<br>6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;<br>7) pomiar frakcji HDL cholesterolu;<br>8) pomiar frakcji LDL cholesterolu;<br>9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny ($HbA_{1C}$);<br>10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;<br>11) pomiar stężenia IGF-1;<br>12) konsultacja laryngologiczna;<br>13) konsultacja ortopedyczna;<br>14) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>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);<br>16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu:<br>a) konsultacja nefrologiczna,<br>b) konsultacja urologiczna,<br>c) USG jamy brzusznej, |

| | | |
|---|---|---|
| | | d) badanie ogólne i posiew moczu;<br>17) przy podejrzeniu złuszczenia główki kości udowej:<br>a) konsultacja ortopedyczna,<br>b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;<br>18) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:<br>a) konsultacja okulistyczna;<br>b) konsultacja neurologiczna;<br>c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).<br>Badania według standardów monitorowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>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.<br>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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>1) stygmaty Zespołu Turnera;<br>2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich;<br>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;<br>4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;<br>5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.);<br>6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego;<br>7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. | **1. Dawkowanie**<br>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1.<br>Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1 Po 90 dniach**<br>1) pomiar stężenia IGF-1.<br>**2.2 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1C}$<br>lub co 365 dni:<br>2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii.<br>**2.3 Co 180 dni**<br>1) pomiar stężenia glukozy we krwi;<br>2) pomiar stężenia TSH;<br>3) pomiar stężenia $fT_4$;<br>4) jonogram w surowicy krwi.<br>**2.4 Co 365 dni**<br>1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia);<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) wystąpienie objawów złuszczenia głowy kości udowej;<br>2) wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri;<br>3) wystąpienie lub ujawnienie się cukrzycy;<br>4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;<br>5) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę niewyróżniającej wysokości ciała, tj. wysokości ciała równej lub większej niż 158 cm;<br>6) zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami przeprowadzonymi w odstępach 6 miesięcznych);<br>7) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok;<br>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);<br>4) pomiar stężenia IGF-1;<br>5) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);<br>6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej:<br>a) konsultacja ortopedyczna;<br>b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;<br>7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:<br>a) konsultacja okulistyczna;<br>b) konsultacja neurologiczna;<br>c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).<br>Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br>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.<br>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).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>U pacjentów z rozpoznanym chłoniakiem, leczonych rytuksymabem, lamiwudyna stosowana jest przez okres leczenia rytuksymabem oraz nie dłużej niż trzy miesiące od jego zakończenia.<br>W przypadku pacjentów po przeszczepach, terapię można stosować bez ograniczeń czasowych. | **1. Lamiwudyna**<br>- tabletki po 100 mg - raz dziennie 1 tabletka. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) oznaczenie przeciwciał anty-HBc total;<br>2) oznaczenie antygenu HBs;<br>3) poziom wiremii HBV DNA;<br>4) morfologia krwi;<br>5) oznaczenie poziomu transaminaz.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Co 3 miesiące:<br>a) oznaczenie poziomu ALAT i AspAT;<br>2) Co 12 miesięcy:<br>a) oznaczenie antygenu HBs;<br>b) poziom wiremii HBV DNA.<br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IGE zależnej omalizumabem**<br><br>**1.1. Kryteria włączenia do programu:**<br>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;<br>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);<br>3) częste stosowanie doustnych glikokortykosteroidów w przeszłości, w tym w okresie ostatnich 6 miesięcy;<br>4) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml;<br>5) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności *in vitro* (RAST) na alergeny całoroczne u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml;<br>6) spełnienie co najmniej 3 z poniższych kryteriów:<br>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), | **1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IGE zależnej omalizumabem**<br><br>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.<br><br>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.<br><br>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. | **1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IGE zależnej omalizumabem**<br><br>**1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:**<br>1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);<br>2) test RAST (opcjonalnie);<br>3) pomiar masy ciała;<br>4) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej);<br>5) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień);<br>6) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);<br>7) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;<br>8) morfologia krwi i badania biochemiczne:<br>a) stężenie kreatyniny,<br>b) stężenie mocznika,<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), |

| | | |
|---|---|---|
| b) 3 lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u osób, które stosują je przewlekle,<br>c) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,<br>d) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,<br>e) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <60% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),<br>f) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę AQLQ<5.0 punktów),<br>7) masa ciała 20-150 kg;<br>8) niepalenie tytoniu;<br>9) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy.<br>**1.2. Przeciwwskazania do stosowania omalizumabu:**<br>1) nadwrażliwość na omalizumab lub substancje pomocnicze;<br>2) występowanie chorób współistniejących powodujących ciężki przebieg astmy;<br>3) ciąża;<br>4) karmienie piersią;<br>5) jednoczesna terapia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi;<br>6) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu) – do 6 miesięcy od zakończenia terapii<br>**1.3. Kryteria wyłączenia:** | **2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem**<br>Mepolizumab podawany jest w dawce 100 mg podskórnie co 4 tygodnie.<br>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,<br>e) stężenie AspAT,<br>9) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.<br>**1.2. Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz w okresie zawieszenia – co 4-6 tygodni:**<br>1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;<br>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ;<br>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (co 4 tygodnie w okresie leczenia, co 4-6 tygodni w okresie zawieszenia);<br>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.<br>**1.3. Monitorowanie leczenia:**<br>**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:**<br>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;<br>2) niespełnienie kryteriów skuteczności leczenia:<br>a) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);<br>b) spełnienie 2 z 3 poniższych kryteriów:<br>– poprawa kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ o ≥ 0,5 punktu (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem);<br>– 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);<br>– zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu o ≥ 5 mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem);<br>3) palenie tytoniu;<br>4) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków;<br>5) podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi;<br>6) wystąpienie któregokolwiek z przeciwskazań do stosowania omalizumabu;<br>7) ciąża lub karmienie piersią.<br>**1.4. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia.<br>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);<br>3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;<br>4) morfologia krwi i badania biochemiczne:<br>a) stężenie kreatyniny,<br>b) stężenie mocznika,<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),<br>d) stężenie AIAT,<br>e) stężenie AspAT,<br>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.<br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.<br>**2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem**<br>**2.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:**<br>1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;<br>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.<br><br>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.<br><br>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumaebm o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.<br><br>**2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem**<br><br>**2.1. Kryteria włączenia do programu:**<br><br>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;<br>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);<br>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;<br>4) natężona objętość wydechowa pierwszo-sekundowa FEV1 <80% wartości należnej przed podaniem leku rozszerzającego oskrzela w czasie wizyty kwalifikacyjnej; | | a) stężenie kreatyniny,<br>b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),<br>c) stężenie AIAT,<br>d) stężenie AspAT;<br>3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – ważność testu 1 tydzień;<br>5) test kontroli jakości życia chorego na astmę AQLQ – ważność testu 1 tydzień;<br>6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.<br><br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.<br><br>**2.2. Badania przeprowadzane przed każdym podaniem mepolizumabu zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz w okresie zawieszenia leczenia – co 4-6 tygodni:**<br><br>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;<br>2) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu,<br>3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ;<br>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;<br>6) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii;<br>7) deklaracja pacjenta dot. niepalenia tytoniu;<br>8) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;<br>9) Wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc.<br>**2.2. Przeciwwskazania do stosowania mepolizumabu:**<br>1) nadwrażliwość na mepolizumab lub substancje pomocnicze;<br>2) ciąża;<br>3) karmienie piersią;<br>4) jednoczesna terapia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi;<br>5) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu) – do 6 miesięcy od zakończenia terapii.<br>**2.3. Kryteria wyłączenia:**<br>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;<br>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%;<br>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:**<br>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:<br>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;<br>2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:<br>a) stężenie kreatyniny,<br>b) CRP,<br>c) stężenie AIAT,<br>d) stężenie AspAT.<br>3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – ważność testu – 1 tydzień;<br>4) test kontroli jakości życia chorego na astmę AQLQ – ważność testu 1 tydzień.<br>**Ponadto przeprowadzana jest:**<br>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;<br>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;<br>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.<br>**3. Monitorowanie programu:**<br>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));<br>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));<br>6) palenie tytoniu;<br>7) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków;<br>8) podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi;<br>9) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania mepolizumabu;<br>10) ciąża;<br>11) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie- zawiesić leczenie mepolizumabem do momentu wyleczenia.<br>**2.4. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia.<br>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.<br>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.<br>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;<br>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)

<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 fingolimodem w ramach programu:<br><br>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:<br><br>1.1. Wiek od 18 roku życia;<br>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;<br>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:<br>1) liczba i ciężkość rzutów:<br>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</td>
<td>1. Fingolimod<br><br>Substancja czynna finansowana w ramach programu: chlorowodorek fingolimodu<br>Postać farmaceutyczna, dawka:<br>kapsułka twarda 0.5 mg.<br><br>Zalecane dawkowanie fingolimodu to 0.5 mg doustnie raz na dobę.<br><br>2. Natalizumab<br><br>Substancja czynna finansowana w ramach programu:<br>natalizumab<br><br>Postać farmaceutyczna, dawka:<br>koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 300 mg natalizumabu.<br><br>Zalecane dawkowanie natalizumabu to 300 mg dożylnie, we wlewie kroplowym 100 ml 0,9% NaCl co 4 tygodnie.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia fingolimodem:<br><br>1.1. Badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby;<br>1.2. Morfologia krwi z rozmazem;<br>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;<br>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;<br>1.5. Konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka;<br>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;<br>1.7. U kobiet w wieku reprodukcyjnym – test ciążowy, który musi być negatywny przed rozpoczęciem leczenia fingolimodem;<br>1.8. Konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia.</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| funkcjonalnych, lub o 1 pkt w zakresie czterech lub większej liczby układów funkcjonalnych) lub<br>b) 1 ciężki rzut po 6 miesiącach leczenia (wzrost w EDSS większy niż w definicji rzutu umiarkowanego);<br>2) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:<br>a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),<br>b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.<br>1.4. Szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry:<br>a) co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność (w czasie rzutu wzrost EDSS o minimum 2 pkt)<br>b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego<br>- więcej niż jedna nowa zmiana GD(+) lub<br>- więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2 (w sumie nie mniej niż 9 zmian);<br>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.<br><br>**2. Przeciwwskazania bezwzględne do stosowania fingolimodu:**<br>Przeciwwskazaniem do leczenia fingolimodem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:<br>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.<br><br>**2. Inicjacja leczenia:**<br><br>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;<br>2.2. W toku opisanej inicjacji wykonuje się badania:<br>1) Badanie EKG z 12 odprowadzeniami oraz pomiar ciśnienia tętniczego bezpośrednio przez podaniem leku oraz po 6 godzinach od momentu podania leku;<br>2) Ciągłe monitorowanie EKG w czasie rzeczywistym (z użyciem kardiomonitora) w trakcie 6-godzinnej obserwacji po pierwszej dawce leku;<br>3) Pomiary ciśnienia tętniczego krwi i tętna co godzinę do zakończenia obserwacji, których wyniki musza być odnotowane w dokumentacji pacjenta;<br>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;<br>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,<br>b) osoby przyjmujące aktualnie leki immunosupresyjne,<br>c) pacjenci ze zmniejszoną odpornością powstałą w wyniku wcześniejszego leczenia immunosupresyjnego;<br>2) Ciężkie aktywne zakażenia oraz aktywne przewlekłe zakażenia w szczególności zapalenie wątroby, gruźlica;<br>3) Rozpoznane czynne choroby nowotworowe, z wyjątkiem pacjentów z rakiem podstawnokomórkowym skóry;<br>4) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopnia C wg Child-Pugh);<br>5) Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>6) Pacjenci z chorobą niedokrwienną serca, chorobą węzła zatokowego, wywiadem w kierunku zawału serca oraz leczeni lekami antyarytmicznymi klasy Ia lub III;<br>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);<br>8) Pacjenci z wtórnie postępującą postacią choroby.<br><br>**3. Przeciwwskazania względne do stosowania:**<br><br>Nie zaleca się stosowania fingolimodu:<br>1) U pacjentów spełniających co najmniej jedno kryterium z niżej wymienionych:<br>a) blok drugiego stopnia typu Mobitz II lub blok przedsionkowo-komorowy wyższego stopnia;<br>b) blok zatokowo-przedsionkowy;<br>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.<br>Identyczną procedurę monitorowania należy przeprowadzić również u pacjentów, u których doszło do przerwy w podawaniu fingolimodu trwającej dłużej niż 14 dni;<br>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:<br>a) wystąpienie w dowolnym momencie podczas 6-godzinnego okresu monitorowania pacjenta po podaniu pierwszej dawki fingolimodu bloku serca III stopnia,<br>b) obecność poniższych objawów w momencie zakończenia 6-godzinnej obserwacji:<br>- akcja serca poniżej 45 uderzeń na minutę,<br>- wydłużenie odstępu QT >500 milisekund,<br>- utrzymujący się nowo rozpoznany blok serca II stopnia typu Mobitz I lub blok przedsionkowo-komorowy wyższego stopnia.<br>U takich pacjentów konieczna jest konsultacja kardiologiczna (bądź internistyczna) celem oceny bezpieczeństwa dalszego leczenia fingolimodem. W razie wątpliwości należy rozważyć zmianę terapii.<br><br>**3. Monitorowanie leczenia:**<br><br>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;<br>e) choroba naczyń mózgowych;<br>f) wywiad w kierunku zastoinowej niewydolności krążenia;<br>g) wywiad w kierunku zatrzymania krążenia;<br>h) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;<br>i) ciężki zespół bezdechu sennego;<br>j) obrzęk plamki żółtej.<br>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.<br>2) U pacjentów przyjmujących następujące leki przeciwarytmiczne lub zwalniające rytm serca:<br>a) leki beta-adrenolityczne;<br>b) antagoniści kanału wapniowego zwalniający akcję serca (np. werapamil, diltiazem lub iwabradyna);<br>c) inne substancje mogące zwalniać akcję serca (np. digoksyna, antagoniści cholinoesterazy lub pilokarpina).<br><br>**4. Kryteria wyłączenia:**<br><br>Kryterium wyłączenia z leczenia fingolimodem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:<br>1) Rezygnacja pacjenta<br>2) Ciąża;<br>3) Spełnienie kryteriów nieskuteczności leczenia zawartych w pkt 5;<br>4) Utrzymujący się, spadek liczby limfocytów poniżej 0.2 x $10^9$/l;<br>5) Utrzymujące się i niebędące wynikiem innego procesu chorobowego zwiększenie aktywności aminotransferaz | | następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych;<br>2) Rezonans magnetyczny z kontrastem – po każdych 12 miesiącach leczenia;<br>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;<br>4) Konsultacja okulistyczna jest konieczna również w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia fingolimodem;<br>5) Okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;<br>6) Konsultacja dermatologiczna po każdych 12 miesiącach leczenia.<br><br>**4. Badania przy kwalifikacji do leczenia natalizumabem:**<br><br>4.1. Morfologia krwi z rozmazem;<br>4.2. Badania biochemiczne krwi, w tym oceniające funkcję nerek i wątroby;<br>4.3. Badanie ogólne moczu;<br>4.4. Test ciążowy w moczu;<br>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);<br>4.6. Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS;<br>4.7. Wykonanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML.<br>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;<br>6) Wystąpienie innych zdarzeń niepożądanych związanych z leczeniem, niepoddających się rutynowemu postępowaniu;<br>7) Przejście w postać wtórnie postępującą.<br><br>**5. Określenie czasu leczenia w programie:**<br><br>Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza się po każdych pełnych 12 miesiącach terapii.<br>U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię fingolimodem można przedłużać o kolejne 12 miesięcy.<br>Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby, zależy od decyzji lekarza.<br>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.<br>Przesłanki do zmiany terapii, wymienione w poprzednim zdaniu nie są tożsame z brakiem skuteczności wdrożonego leczenia.<br>Za brak skuteczności leczenia fingolimodem, uzasadniający zmianę leczenia lub przerwanie leczenia, przyjmuje się wystąpienie jednej z poniższych sytuacji:<br>1) Przejście w postać wtórnie postępującą lub<br>2) Wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów:<br>a) liczba i ciężkość rzutów:<br>- 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,<br>- Informację dla lekarza o produkcie leczniczym zawierającym natalizumab,<br>- Kartę Ostrzegawczą Pacjenta,<br>- formularz wdrożenia i kontynuacji leczenia,<br>- 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.<br><br>**5. Monitorowanie leczenia:**<br><br>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe, ze szczególnym uwzględnieniem stanu psychicznego i funkcji poznawczych, przed każdym podaniem leku oraz w sytuacji pojawienia się nowych objawów;<br>2) badania laboratoryjne, w tym: morfologia krwi z rozmazem, badania funkcji nerek, wątroby;<br>3) badanie ogólne moczu co 3 miesiące w ciągu pierwszego roku, a następnie co 6 miesięcy lub w razie wskazań medycznych;<br>4) MRI bez i po podaniu kontrastu po każdych 12-tu miesiącach leczenia;<br>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:<br>- 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),<br>lub |

| | | |
|---|---|---|
| - 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia (wzrost EDSS większy niż w definicji rzutu umiarkowanego),<br>b) progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej:<br>- 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5,<br>- 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0;<br>c) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:<br>- więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),<br>- więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.<br><br>**6. Kryteria przedłużenia leczenia o kolejne 12 miesięcy:**<br><br>Leczenie może zostać przedłużone o kolejne 12 miesięcy, jeżeli zostaną spełnione 2 z 3 niżej wymienionych kryteriów:<br>1) liczba i ciężkość rzutów:<br>- 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<br>- 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<br>2) brak progresji choroby w okresie ostatniego roku leczenia: różnica w skali EDSS poniżej 1 pkt;<br>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.<br>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<br>5) W przypadku podejrzenia PML lub JCV GCN badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na obecność wirusa JC, badanie rezonansu magnetycznego bez i po podaniu kontrastu;<br>6) Powtarzanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV z określeniem miana poziomu przeciwciał, u pacjenta z ujemnym mianem przeciwciał anty- JCV co 6 miesięcy.<br>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<br><br>**6. Specjalne środki ostrożności:**<br><br>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).<br>Pacjenci z wyższym ryzykiem wystąpienia PML to:<br>-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:**<br><br>Do leczenia substancją czynną natalizumab kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:<br><br>7.1. Wiek od 12 roku życia;<br>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.;<br>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:<br>1) liczba i ciężkość rzutów:<br>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<br>b) 1 ciężki rzut po 6 miesiącach wymagający leczenia sterydami (wzrost w EDSS większy niż w definicji rzutu umiarkowanego<br>2) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach gdy stwierdza się jedno z poniższych:<br>a) więcej niż jedna nowa zmiana GD(+)<br>b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2 (w sumie nie mniej niż 9 zmian);<br>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.<br><br>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<br><br>3) Jeśli u pacjenta rozwinie się PML lub JCV GCN, podawanie natalizumabu trzeba przerwać na stałe<br>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<br>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<br>Należy szczególnie monitorować pacjentów z grup podwyższonego ryzyka wystąpienia PML.<br><br>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:<br>- co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność (w czasie rzutu wzrost EDSS o minimum 2 pkt)<br>b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego<br>- więcej niż jedna nowa zmiana GD(+) lub<br>- więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2 (w sumie nie mniej niż 9 zmian);<br>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;<br>7.6. Przekazanie i potwierdzenie otrzymania karty pacjenta;<br><br>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.<br><br>**8. Przeciwskazania do stosowania natalizumabu:**<br>U pacjentów spełniajacych conajmniej jedno kryterium z poniżej wymienionych:<br>1) Wiek poniżej 12 roku życia;<br>2) Ciąża i karmienie piersią;<br>3) Postać wtórnie postępująca i pierwotnie postępująca SM;<br>4) Skojarzenie z interferonem beta, octanem glatirameru;<br>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.<br><br>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.<br><br>**7. Monitorowanie programu:**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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;<br>6) Przeciwwskazania do wykonania rezonansu magnetycznego.<br><br>**9. Kryteria wyłączenia:**<br>Kryterium wyłączenia z leczenia natalizumabem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów<br>1) Rezygnacja pacjenta;<br>2) Ciąża.<br>3) Nieprzestrzeganie zasad leczenia- pominięcie dwóch kolejnych dawek;<br>4) Postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia (PML);<br>a) w przypadku podejrzenia PML wstrzymanie podawania leku do czasu jego wykluczenia,<br>b) w przypadku potwierdzenia PML trwałe odstawienie leku.<br>5) Brak stabilizacji lub postęp choroby pomimo leczenia (dwa rzuty wymagające sterydoterapii lub pogorszenie o 2 punkty w EDSS w ciągu roku);<br>6) Reakcje nadwrażliwości przy podaniu leku;<br>7) Nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych związane z leczeniem natalizumabem (powyżej 3 górna granica normy);<br>8) Nowotwory złośliwe;<br>9) Inne zakażenia oportunistyczne.<br><br>**10. Określenie czasu leczenia w programie:** | | |

| | | |
|---|---|---|
| Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza się po każdych pełnych 12 miesiącach terapii.<br>U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię natalizumabem można przedłużać o kolejne 12 miesięcy.<br>Z uwagi na podwyższone ryzyko PML, lekarz specjalista i pacjent powinni ponownie po 2 latach indywidualnie rozważyć korzyści i ryzyko leczenia natalizumabem.<br><br>Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby, zależy od decyzji lekarza.<br><br>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.<br>Za brak skuteczności leczenia natalizumabem, uzasadniający zmianę leczenia lub przerwanie leczenia, przyjmuje się wystąpienie jednej z poniższych sytuacji:<br>1) Przejście w postać wtórnie postępującą;<br>2) Wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów:<br>a) liczba i ciężkość rzutów:<br>- 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<br>- 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:<br>- 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5,<br>- 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0;<br>c) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:<br>- więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),<br>- więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.<br><br>**11. Kryteria przedłużenia leczenia o kolejne 12 miesięcy:**<br><br>Leczenie może zostać przedłużone o kolejne 12 miesięcy, jeżeli zostaną spełnione 2 z 3 niżej wymienionych kryteriów:<br>1) liczba i ciężkość rzutów:<br>- 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<br>- 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<br>2) brak progresji choroby w okresie ostatniego roku leczenia: różnica w skali EDSS poniżej 1 pkt;<br>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:**<br><br>**1.** Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgłoszenie pacjenta do kwalifikacji odbywa się za pośrednictwem aplikacji komputerowej wskazanej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>**2.** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:<br>1) pacjenci w wieku:<br>a) 18 lat i powyżej albo<br>b) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem;<br>2) pacjenci:<br>a) z ciężką postacią łuszczycy plackowatej albo<br>b) z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy plackowatej – w przypadku kwalifikacji do terapii infliksymabem,<br>-którzy przestali reagować na leczenie lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego;<br>3) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami: | **A. Dawkowanie:**<br><br>**1.** Dorośli:<br>**Infliksymab:** Dawkę 5 mg/kg masy ciała należy podawać w infuzji dożylnej w tygodniach 0,2,6, a następnie co 8 tygodni.<br>**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.<br>**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.<br>**Ustekinumab:** Dawkę początkową 45 mg podać podskórnie,następnie 45 mg po 4 tygodniach, a potem 45 mg co 12 tygodni.<br>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. | **A. Badania przy kwalifikacji:**<br><br>1. morfologia krwi z rozmazem;<br>2. badanie ogólne moczu;<br>3. odczyn Biernackiego OB,<br>4. aminotransferaza asparaginianowa AspAT;<br>5. aminotransferaza alaninowa AlAT;<br>6. kreatynina i mocznik w surowicy;<br>7. próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>8. RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją);<br>9. EKG z opisem (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);<br>10. obecność antygenu HBS;<br>11. przeciwciała anty-HCV (w przypadku pozytywnego wyniku należy oznaczyć PCR HCV metodą ilościową);<br>12. przeciwciała anty-HIV;<br>13. przeciwciała przeciwko Borrelia burgdorferi;<br>14. USG jamy brzusznej;<br>15. ASO;<br>16. przeciwciała ANA;<br>17. VDRL;<br>18. konsultacje lekarskie w kierunku ognisk siejących (laryngologiczna, stomatologiczna, ginekologiczna);<br>19. wykluczenie ciąży; |

| | | |
|---|---|---|
| a) PASI większym niż 18 – w przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem lub ustekinumabem, albo PASI większym niż 10 – w przypadku kwalifikacji do terapii infliksymabem oraz<br>b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10, oraz<br>c) BSA większym niż 10;<br>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:<br>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,<br>b) leczenie retinoidami w dawce nie mniejszej niż 0,5 mg/kg m.c./dobę, oceniane po dwóch miesiącach,<br>c) leczenie cyklosporyną w dawce od 3 do 5 mg/kg m.c./dobę, oceniane po trzech miesiącach,<br>d) leczenie metodą PUVA (psoralen+UVA), oceniane po trzech miesiącach (nie dotyczy pacjentów poniżej 18 roku życia)<br>- 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,<br>- lub pacjenci, u których wystąpiły działania niepożądane po stosowaniu wyżej wymienionych metod terapii ogólnej uniemożliwiające ich kontynuowanie.<br>**3.** Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni etanerceptem albo infliksymabem w | **2.** Dzieci i młodzież w wieku od 6 do 18 lat:<br>**Etanercept:**<br>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);<br>21. CRP.<br><br>**B. Monitorowanie leczenia:**<br>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:<br>1) morfologię krwi z rozmazem,<br>2) odczyn Biernackiego OB,<br>3) CRP,<br>4) aminotransferazę alaninową AlAT,<br>5) aminotransferazę asparaginową AspAT,<br>6) stężenie kreatyniny i mocznika w surowicy,<br>7) poziom bilirubiny,<br>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;<br>9) wywiad lekarski dotyczący efektów leczenia i możliwych działań niepożądanych;<br>2. Monitorowanie terapii ustekinumabem albo adalimumabem - po 4 tygodniach (+/-7dni) od pierwszego podania leku, a następnie co 12 tygodni (+/-7dni), należy |

| | | |
|---|---|---|
| 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.<br>**4.** W przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń w czasie leczenia oraz przez:<br>1) 15 tygodni od podania ostatniej dawki ustekinumabu albo<br>2) 5 miesięcy od podania ostatniej dawki adalimumabu, albo<br>3) 6 miesięcy od podania ostatniej dawki etanerceptu lub infliksymabu.<br><br>**B. Kryteria stanowiące przeciwskazania do udziału w programie:**<br>1. ciąża lub laktacja;<br>2. nadwrażliwość na substancję czynną lub pomocniczą leku;<br>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);<br>4. toczeń rumieniowaty układowy;<br>5. choroba demielinizacyjna;<br>6. ciężka niewydolności układu krążenia (NYHA III i NYHA IV);<br>7. czynna choroba nowotworowa lub choroba nowotworowa, której leczenie zakończono w ostatnich 5 latach (z wyjątkiem raka podstawnokomórkowego skóry);<br>8. pancytopenia i niedokrwistość aplastyczna.<br><br>**C. Kryteria i warunki zmiany terapii:** | | wykonać:<br>1) morfologię krwi z rozmazem,<br>2) odczyn Biernackiego OB,<br>3) CRP,<br>4) aminotransferazę alaninową AlAT,<br>5) aminotransferazę asparaginową AspAT,<br>6) stężenie kreatyniny w surowicy,<br>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, 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 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,<br>8) wywiad lekarski dotyczący efektów leczenia i możliwych działań niepożądanych;<br>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:<br>1) morfologię krwi z rozmazem,<br>2) odczyn Biernackiego OB,<br>3) CRP,<br>4) aminotransferazę alaninową AlAT,<br>5) aminotransferazę asparaginową AspAT,<br>6) stężenie kreatyniny i mocznika w surowicy, |

| | | |
|---|---|---|
| 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;<br>2. zmiana terapii na leczenie inną substancją czynną wymaga każdorazowo uzyskania zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej;<br>3. zamiana terapii możliwa jest tylko w następujących przypadkach:<br>1) wystąpienie nadwrażliwości na substancję czynną lub substancje pomocnicze lub<br>2) wystąpienie istotnych działań niepożądanych związanych z podaniem substancji czynnej, których uniknięcie jest możliwe po podaniu innej substancji czynnej, lub<br>3) stwierdzenie innych, potwierdzonych badaniem pacjenta, przeciwwskazań do podawania substancji czynnej leku biologicznego.<br>4. W ramach programu lekowego nie jest możliwa zmiana terapii jeżeli podczas kwalifikacji pacjent nie spełnił kryterium wartości PASI powyżej 18.<br>5. W ramach leczenia łuszczycy plackowatej nie jest możliwe zastosowanie więcej niż 2 inhibitorów TNF alfa.<br><br>**D. Kryteria zakończenia udziału w programie:**<br>1. brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony w przypadku nieuzyskania poprawy klinicznej to znaczy: 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 | | 7) poziom bilirubiny,<br>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;<br>9) wywiad lekarski dotyczący efektów leczenia i możliwych działań niepożądanych;<br>4. co najmniej raz na 365 dni należy wykonać EKG oraz RTG klatki piersiowej lub test Quantiferon;<br>5. w przypadku pacjentów z pozytywnym wynikiem badania na obecność przeciwciał anty-HCV należy co 12 tygodni wykonać oznaczenie PCR HCV metodą ilościową.<br><br>**C. Monitorowanie programu:**<br>1. gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3. przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez |

| | | |
|---|---|---|
| 2. utrata odpowiedzi na leczenie po uzyskaniu adekwatnej odpowiedzi na leczenie to znaczy:<br>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<br>b) BSA większy niż 10, oraz<br>c) DLQI (ew. CDLQI) większy niż 10, lub<br>3. wystąpienie działań niepożądanych takich jak:<br>a) reakcja alergiczna na lek;<br>b) zakażenie o ciężkim przebiegu;<br>c) objawy niewydolności nerek, serca, płuc, wątroby;<br>d) pancytopenia i niedokrwistość aplastyczna;<br>e) stwierdzenie choroby nowotworowej;<br>f) stwierdzenie wykładników wskazujących na rozwój ciężkiej choroby ogólnoustrojowej o podłożu autoimmunologicznym, jeżeli nie ustąpiły po przerwaniu terapii biologicznej bądź zastosowaniu odpowiedniego leczenia;<br>g) inne, wymienione w przeciwskazaniach do udziału w programie.<br><br>**E. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>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:<br>1) do 96 tygodni – w przypadku terapii infliksymabem,<br>2) do 48 tygodni – w przypadku terapii ustekinumabem lub adalimumabem<br>3) do 24 tygodni – w przypadku terapii etanerceptem.<br>2. W uzasadnionych przypadkach potwierdzonych decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia | | Narodowy Fundusz Zdrowia. |

| | | |
|---|---|---|
| Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, u niektórych pacjentów można zastosować w ramach programu terapię trwającą powyżej:<br>a) 96 tygodni - w przypadku terapii infliksymabem albo<br>b) 48 tygodni - w przypadku terapii ustekinumabem lub adalimumabem, albo<br>c) 24 tygodni - w przypadku terapii etanerceptem,<br>-przy czym długość trwania takiej terapii określa Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej.<br>3. Terapię i udział pacjenta w programie należy przerwać w przypadku nie uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie:<br>1) po 28 tygodniach od podania pierwszej dawki ustekinumabu albo<br>2) po 16 i 28 tygodniach od podania pierwszej dawki adalimumabu, albo<br>3) po 12 tygodniach od podania pierwszej dawki etanerceptu, albo<br>4) po 14 tygodniach od podania pierwszej dawki infliksymabu.<br>Decyzja o zakończeniu leczenia zostaje przekazana do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej.<br><br>**F. Kryteria ponownego włączenia do programu:**<br>**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.<br>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:<br>1) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu albo<br>2) z powodu planowanej przerwy w leczeniu.<br>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<br><br>1) rozpoznanie nieresekcyjnego (stopień III) lub uogólnionego (stopień IV) czerniaka skóry;<br><br>2) potwierdzenie mutacji *BRAF V600* w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu;<br><br>3) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;<br><br>4 ) wiek ≥ 18 lat;<br><br>5) brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;<br><br>6) wielkość odstępu QTc w badaniu EKG ≤ 500 ms;<br><br>7) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, a w szczególności:<br><br>- liczba białych krwinek ≥ 2000/µl;<br><br>- liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥ 1500/µl;<br><br>- liczba płytek ≥ 100 x 103/µl;<br><br>- stężenie hemoglobiny ≥ 9 g/dl (możliwe przetoczenie | 1. Wemurafenib i kobimetynib.<br><br>Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych.<br><br>W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu.<br><br>Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą kontynuować monoterapię wemurafenibem aż do zakończenia leczenia. | 1. Badania przy kwalifikacji do leczenia<br><br>1) histologiczne potwierdzenie czerniaka zgodnie z kryteriami włączenia;<br><br>2) ocena obecności mutacji BRAF V600;<br><br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br><br>4) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br><br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br><br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br><br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br><br>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br><br>9) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym magnezu)<br><br>10) elektrokardiogram (EKG)<br><br>11) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF); |

| | | |
|---|---|---|
| krwi/produktów krwiopochodnych);<br><br>- stężenie kreatyniny ≤ 1,5 x GGN (górna granica normy);<br><br>- 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);<br><br>- 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);<br><br>8) brak przeciwwskazań do stosowania leków Zelboraf i Cotellic określonych w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych;<br><br>9) rozpoczęcie leczenia w programie jest możliwe w czasie > 14 dni po paliatywnej radioterapii lub dużym zabiegu chirurgicznym<br><br>10) wykluczenie istotnych schorzeń okulistycznych w wywiadzie: centralnej surowiczej choroidoretinopatii, zamknięcia żyły siatkówki lub wysiękowego zwyrodnienia plamki żółtej, niekontrolowanej jaskry;<br><br>11) brak istotnych obciążeń kardiologicznych: niestabilnej choroby wieńcowej, niewydolności krążenia NYHA≥2,<br><br>12) frakcja wyrzutowa lewej komory ≥50%;<br><br>13) brak schorzeń towarzyszących lub zaburzeń, uniemożliwiających leczenie<br><br>14) wykluczenie współistniejącego innego nowotworu złośliwego z wyjątkiem nowotworów złośliwych skóry,<br><br>15) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek<br><br>16) brak wcześniejszego leczenia inhibitorem BRAF | | 12) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br><br>13) badanie tomografii komputerowej głowy lub rezonansu magnetycznego głowy<br><br>14) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej;<br><br>15) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy<br><br>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;<br><br>17) ocena przedmiotowa całej skóry,<br><br>18) badanie głowy i szyi obejmujące przynajmniej wzrokową ocenę błon śluzowych jamy ustnej oraz palpacyjną ocena węzłów chłonnych<br><br>19) badania obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST (nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku).<br><br>20) badanie okulistyczne, w tym badanie ostrości i pola widzenia oraz dna oka<br><br>2. Monitorowanie leczenia:<br><br>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.<br><br>2. Określenie czasu leczenia w programie<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>3. Kryteria wyłączenia z programu:<br><br>1) progresja choroby;<br><br>2) pogorszenie stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;<br><br>3) utrzymująca się/ nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria) z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry;<br><br>4) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;<br><br>5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta;<br><br>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;<br><br>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);<br><br>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<br><br>5) badania morfologii i biochemii krwi według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych Zelboraf i Cotellic, nie rzadziej niż co 8 tygodni;<br><br>6) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) po miesiącu leczenia a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące lub w razie wskazań klinicznych;<br><br>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;<br><br>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).<br><br>3. Monitorowanie programu<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br><br>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;<br><br>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**<br>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.;<br>lub<br>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.;<br>lub<br>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.;<br>lub<br>4) przewlekłe obciążenie żelazem spowodowane transfuzjami krwi, gdy leczenie deferoksaminą jest przeciwwskazane lub nieodpowiednie u pacjentów w | **1. Leczenie początkowe**<br>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).<br><br>**1.1 Dawkowanie deferazyroksu**<br>1) lek podaje się 20 mg/kg m.c. na dobę z wyjątkiem:<br>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,<br>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.<br><br>W każdym przypadku należy monitorować efekt leczenia i w przypadku braku jego skuteczności rozważyć zwiększenie dawki leku. | **1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu**<br>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe:<br>a) masa ciała,<br>b) wysokość,<br>c) powierzchnia ciała;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) parametry biochemiczne krwi:<br>a) elektrolity,<br>b) aktywność aminotransferaz,<br>c) aktywność fosfatazy alkalicznej,<br>d) aktywność dehydrogenazy mleczanowej,<br>e) stężenie bilirubiny,<br>f) poziom mocznika;<br>4) dwukrotne oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;<br>5) klirens kreatyniny;<br>6) stężenie ferrytyny, całkowita zdolność wiązania żelaza, stężenie żelaza, stężenie transferyny;<br>7) badanie ogólne moczu;<br>8) EKG;<br>9) stężenie hormonów:<br>a) TSH,<br>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.<br>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).<br>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.<br>8) Jeśli stężenie ferrytyny w surowicy ulegnie stałemu zmniejszaniu poniżej 500 µg/l, należy rozważyć przerwanie leczenia.<br><br>**3. Sposób podawania**<br>Do podania doustnego.<br>Deferazyroks musi być przyjmowany raz na dobę na czczo, co najmniej 30 minut przed posiłkiem, najlepiej o tej samej porze każdego dnia.<br>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;<br>7) badanie ogólne moczu – co 1 miesiąc;<br>8) kontrola dodatkowych wskaźników czynności kanalików nerkowych – w razie potrzeby;<br>9) EKG – co 3 miesiące;<br>10) stężenie hormonów:<br>a) TSH,<br>b) fT4,<br>– co 6 miesięcy;<br>11) objętość wątroby i śledziony mierzona w USG lub TK – co 1 rok;<br>12) badanie okulistyczne (w tym badanie dna oka) – co 1 rok;<br>13) badanie słuchu – co 1 rok;<br>14) badanie kardiologiczne obejmujące echokardiografię – co 1 rok;<br>15) badanie endokrynologiczne – co 1 rok;<br>16) kontrola masy ciała, wzrostu i rozwoju seksualnego pacjentów – co 1 rok.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>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.<br>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.**<br><br>**1.1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;<br>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);<br>3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego raka jajnika. Wcześniejsza chemioterapia neoadjuwantowa jest dopuszczalna;<br>4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;<br>5) wiek powyżej 18 roku życia;<br>6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,5 x $10^5/mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1500/mm^3$,<br>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;<br>7) wskaźniki koagulogiczne:<br>a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) | **1. Karboplatyna z paklitakselem**:<br>1) karboplatyna (AUC 5-6) – dzień 1;<br>2) paklitaksel 175 $mg/m^2$ – dzień 1;<br><br>Rytm: co trzy tygodnie. 6 cykli.<br><br>**2. Bewacyzumab** -7,5 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 30-90 minut - dzień 1<br><br>Rytm: co 3 tygodnie. 18 cykli<br><br>1) Chore będą otrzymywać bewacyzumab w skojarzeniu z 3-tygodniowymi cyklami chemioterapii (maksymalnie 6 cykli).<br>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).<br>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.<br>4) Bewacyzumab będzie podawany od pierwszego | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia bewacyzumabem:**<br>1) histologiczne potwierdzenie raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie w surowicy stężenia:<br>a) mocznika,<br>b) kreatyniny,<br>c) bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),<br>5) oznaczenie czasu kaolinowokefalinowego (APTT);<br>6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT);<br>7) oznaczenie stężenia CA125;<br>8) badanie ogólne moczu;<br>9) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;<br>10) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>11) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu obrazowania przerzutów do OUN;<br>12) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy;<br>13) elektrokardiogram (EKG);<br>14) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>15) inne badania w razie wskazań klinicznych. |

| | | |
|---|---|---|
| w zakresie wartości prawidłowych,<br>b) czas protrombinowy (PT) lub międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) w zakresie wartości prawidłowych;<br>8) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),<br>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,<br>c) stężenie kreatyniny w granicach normy,<br>9) wykluczenie ciąży;<br>10) brak przeciwwskazań do chemioterapii karboplatyną oraz paklitakselem;<br>11) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania bewacyzumabu, którymi są:<br>a) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia,<br>b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,<br>c) niestabilne nadciśnienie tętnicze,<br>d) niestabilna choroba niedokrwienna serca,<br>e) naczyniowe choroby ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie,<br>f) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia,<br>g) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień,<br>h) stosowanie leków przeciwkrzepliwych lub antyagregacyjnych (z wyłączeniem stosowania w dawkach profilaktycznych)<br>i) niegojące się rany,<br>j) białkomocz,<br>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.<br>5) W przypadku konieczności przerwania leczenia karboplatyną lek ten można zastąpić cisplatyną i kontynuować leczenie.<br>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.<br>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.<br><br>Celem wstępnych badań obrazowych jest umożliwienie późniejszego monitorowania progresji choroby.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia bewacyzumabem:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia:<br>a) kreatyniny,<br>b) bilirubiny – w surowicy;<br>c) APTT i PT lub INR;<br>3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),<br>4) badanie ogólne moczu;<br>5) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>6) inne badanie w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się co 3 tygodnie lub przed rozpoczęciem kolejnego cyklu terapii jeżeli podanie leku było opóźnione.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia bewacyzumabem:**<br>1) badanie tomografii komputerowej odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) oznaczenie stężenia CA125;<br>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania tomografii komputerowej wykonuje się:<br>1) po zakończeniu chemioterapii;<br>2) w trakcie leczenia bewacyzumabem: nie rzadziej niż co 24 |

| | | |
|---|---|---|
| pomocniczych.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**1.3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab;<br>2) podanie 18 cykli leczenia bewacyzumabem;<br>3) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>4) długotrwałe działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO;<br>5) utrzymujące się pogorszenie sprawności ogólnej. | | tygodnie;<br>3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nastąpiło z innych przyczyn niż udokumentowana progresja choroby;<br>4) zawsze przy wzroście stężenia CA125 powyżej dwukrotnej wartości nadiru;<br>5) zawsze w przypadku wskazań klinicznych.<br><br>Badanie stężenia CA125 wykonuje się nie rzadziej niż co 3 cykle leczenia:<br><br>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST.<br><br>**4. Monitorowanie realizacji programu:**<br>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**<br><br>**1.1. Kryteria kwalifikacji:**<br><br>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;<br>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;<br>3) wykluczenie stosowania uprzedniego leczenia przyczynowego z wyłączeniem chirurgicznej biopsji wycinkowej;<br>4) potwierdzenie możliwości obiektywnej oceny zaawansowania miejscowego i regionalnego na podstawie badania przedmiotowego (w tym – fiberoskopia) oraz badania | **1. Cetuksymab**<br><br>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.<br><br>1.2. Cetuksymab podawany jest raz w tygodniu.<br><br>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).<br><br>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**<br><br>**1.1. Badania laboratoryjne:**<br><br>1) histologiczne potwierdzenie w oparciu o ocenę materiału pobranego za pomocą biopsji wycinkowej ogniska pierwotnego lub przerzutowo zmiennych węzłów chłonnych;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczajowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy;<br>4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);<br>5) inne w razie wskazań klinicznych.<br><br>**1.2. Inne badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem:**<br><br>1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi;<br>2) badanie laryngologiczne z fiberoskopią górnych dróg oddechowych krtaniowej części gardła;<br>3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach;<br>4) ultrasonografia jamy brzusznej; |

| | | |
|---|---|---|
| komputerowej tomografii (TK) lub magnetycznego rezonansu (MR) z wykluczeniem nacieku chrząstki tarczowatej lub kości żuchwy lub skóry;<br>5) wykluczenie obecności przerzutów odległych przynajmniej na podstawie rentgenografii klatki piersiowej w dwóch projekcjach i ultrasonografii jamy brzusznej;<br>6) potwierdzenie obecności medycznych przeciwwskazań do jednoczesnej chemioradioterapii z udziałem cisplatyny, w tym:<br>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),<br>b) choroby narządu słuchu ( w tym niedosłuch potwierdzony badaniem laryngologicznym lub - w przypadku wątpliwości- badaniem audiometrycznym),<br>c) polineuropatia potwierdzona badaniem neurologicznym;<br>7) potwierdzenie sprawności w stopniu 0 lub 1 według klasyfikacji WHO;<br>8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;<br>9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych:<br>a) po lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym niezależnie od kategorii uzyskanej odpowiedzi oraz,<br>b) po leczeniu o założeniu radykalnym, którym nie uzyskano całkowitej remisji choroby;<br>10) potwierdzenie zachowanej wydolności narządowej określonej na podstawie wyników badań laboratoryjnych:<br>a) czynności wątroby:<br>– stężenie bilirubiny całkowitej ≤ 1,5-krotnej wartości | rytmie co tydzień do zakończenia radioterapii (czas trwania kolejnych wlewów – 60 min.).<br><br>1.5. Łącznie, poza dawką indukcyjną poprzedzającą napromienianie, chorzy otrzymują 6 (radioterapia przyspieszona) lub 7 (radioterapia frakcjonowana konwencjonalnie) podań cetuksymabu.<br>1.6. W trakcie kolejnych wlewów konieczne jest ścisłe monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku.<br><br>**2. Planowanie i realizacja radioterapii**<br><br>2.1. Napromienianie prowadzone jest przy użyciu wysoenergetycznych fotonów X indukowanych w przyspieszaczu liniowym.<br><br>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).<br><br>2.3. Konieczne jest stosowanie standardowej radioterapii 3D konformalnej lub napromieniania z modulowaną intensywnością wiązki (IMRT).<br><br>2.4. Frakcjonowanie dawki radioterapii zależne jest od preferencji ośrodka w następujących wariantach:<br>– frakcjonowania konwencjonalnego (Df = 2 Gy; 5 razy w tygodniu; TD = 70 Gy);<br>– frakcjonowania przyspieszonego (metody SIB IMRT, CAIR, concomitant boost, 6 kolejnych dni leczenia | 5) badanie elektrokardiograficzne (EKG);<br>6) pomiar ciśnienia tętniczego;<br>7) inne w zależności od wskazań klinicznych.<br>**1.2. Uwagi**<br><br>TK lub MR w ramach diagnostyki jest badaniem wykonywanym niezależnie od obrazowania w trakcie planowania napromieniania.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**<br>Badania należy wykonać przed podaniem pierwszej dawki cetuksymabu przed pierwszym napromienianiem oraz:<br>**2.1. Badania laboratoryjne:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem, co tydzień w trakcie radioterapii;<br>2) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczanowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy, co 3 tygodnie;<br>3) inne w razie wskazań klinicznych.<br>**2.2. Inne badania:**<br>1) ocena odczynów popromiennych co tydzień od 2 tygodnia radioterapii;<br>2) badanie skóry pod kątem oceny nasilenia wysypki trądzikopodobnej.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>Kliniczna ocena regresji raka płaskonabłonkowego co tydzień w trakcie leczenia, bezpośrednio po jego zakończeniu, a następnie systematycznie w trakcie wizyt kontrolnych.<br><br>**3.1. Badania laboratoryjne:**<br><br>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**<br><br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br><br>1) histologiczne rozpoznanie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2 według klasyfikacji WHO z 2010 roku);<br>2) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub uogólnionym (IIIB i IV);<br>3) zaawansowanie uniemożliwiające radykalne leczenie metodami chirurgicznymi;<br>4) udokumentowana progresja choroby w ciągu 12 miesięcy do włączenia do programu;<br>5) odpowiednia czynność szpiku kostnego i parametrów krzepnięcia krwi:<br>a) liczba płytek krwi większa lub równa $10^5/mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,<br>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10 g/dl,<br>d) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) czasu protrombinowego w granicach 0,85-1,15;<br>6) odpowiednia czynność nerek i wątroby (stosowanie ewerolimusu nie jest zalecane u chorych z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby – C według czynnościowej | **1. Dawkowanie ewerolimusu**<br><br>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.<br>W przypadku pominięcia dawki nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze.<br><br>**1.1. Dostosowanie dawkowania ze względu na działania niepożądane**<br>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.<br><br>**1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby:**<br>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**<br><br>**1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br><br>1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>7) oznaczenie stężenia glukozy;<br>8) oznaczenie stężenia cholesterolu;<br>9) oznaczenie stężenia trójglicerydów;<br>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;<br>11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**1.2. Monitorowanie leczenia ewerolimusem**<br><br>1) badania wykonywane co miesiąc:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,<br>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**<br><br>**2.1. Kryteria kwalifikacji**<br><br>1) wiek powyżej 18 lat;<br>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;<br>3) udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);<br>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;<br>5) sprawność w stopniach 0 lub 1 według skali ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group);<br>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;<br>7) prawidłowa czynność narządów określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,<br>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: | | Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>**2.2. Monitorowanie leczenia sunitynibem**<br><br>1) badania wykonywane co 6 tygodni:<br>a) morfologia krwi z rozmazem,<br>b) oznaczenie stężenia hemoglobiny,<br>c) oznaczenie stężenia kreatyniny,<br>d) oznaczenie stężenia bilirubiny,<br>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,<br>f) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,<br>g) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej,<br>h) EKG;<br><br>2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 12 tygodni:<br>a) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru,<br>b) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT,<br>c) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br>Ww. badania obrazowe wykonuje się również w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.<br><br>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST lub CHOI.<br><br>**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 $10^5/mm^3$,<br>– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa $1500/mm^3$,<br>– stężenie hemoglobiny większe lub równe 9,0 g/dl;<br>8) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;<br>9) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**2.3. Kryteria wyłączenia pacjenta z programu**<br><br>1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sunitynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;<br>4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;<br>5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;<br>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.<br><br>**3. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** | | **3. Monitorowanie programu**<br><br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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.<br>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.<br><br>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.<br>2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.<br>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.

# LENALIDOMID W LECZENIU 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. Kryteria kwalifikacji do leczenia lenalidomidem**<br>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:<br>1) stosowano co najmniej dwa poprzedzające protokoły leczenia;<br>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;<br>3) u chorego nie jest planowane przeszczepienie komórek macierzystych szpiku i w pierwszym rzucie leczenia stosowano bortezomib.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 4 niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 15, 10 lub 5 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br><br>**3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo:** | **1. Dawkowanie**<br>Lenalidomid w postaci kapsułek twardych a 5,10, 15 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem.<br><br>**Lenalidomid:** Zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach.<br>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br><br>**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.<br>Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta oraz nasilenie choroby.<br><br>**UWAGA:**<br>Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) morfologia krwi;<br>2) stężenie wapnia w surowicy;<br>3) AspAT, AlAT;<br>4) stężenie bilirubiny;<br>5) stężenie kreatyniny;<br>6) klirens kreatyniny;<br>7) stężenie białka M;<br>8) RTG kości (do decyzji lekarza).<br>Badania winny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.<br>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.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>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 z Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br>Ponadto po 6. cyklu leczenia:<br>1) stężenie wapnia w surowicy; |

| | | |
|---|---|---|
| 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;<br>2) ciąża;<br>3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);<br>4) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.<br><br>**4. Kryteria zakończenia udziału w programie:**<br>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;<br>2) brak remisji częściowej po 6 cyklach leczenia. | w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. | 2) AspAT, AIAT;<br>3) stężenie bilirubiny;<br>4) stężenie kreatyniny;<br>5) klirens kreatyniny;<br>6) stężenie białka M;<br>7) RTG kości (do decyzji lekarza).<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.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**<br><br>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:<br>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<br>2) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6 - merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA), lub<br>3) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6 - merkaptopuryną (6 - MP) lub azatiopryną (AZA).<br><br>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:<br>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**<br><br>1) ilość krwinek białych;<br>2) liczba krwinek czerwonych;<br>3) poziom hemoglobiny;<br>4) płytki krwi;<br>5) odczyn Biernackiego;<br>6) aminotransferaza alaninowa;<br>7) aminotransferaza asparaginianowa;<br>8) poziom kreatyniny w surowicy;<br>9) białko C - reaktywne;<br>10) badanie ogólne moczu;<br>11) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>12) antygen HBs;<br>13) przeciwciała anty HCV;<br>14) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo);<br>15) stężenie elektrolitów w surowicy;<br>16) hematokryt;<br>17) RTG klatki piersiowej;<br>18) EKG z opisem;<br>19) badanie endoskopowe;<br>20) posiew kału w kierunku bakterii i grzybów;<br>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<br>2) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6 - merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA), lub<br>3) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6 - merkaptopuryną (6 - MP) lub azatiopryną (AZA).<br><br>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.<br><br>Nieskuteczność leczenia standardowego ciężkiego rzutu WZJG określa się jako niepowodzenie zastosowania 3-5 dni terapii steroidami dożylnymi.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>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**<br><br>**2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem**<br>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:<br>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI,<br>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<br>3) morfologia krwi obwodowej,<br>4) CRP.<br><br>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.<br><br>**2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem**<br>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:<br>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo,<br>2) ocena efektywności terapii indukcyjnej w 14 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo,<br>3) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem,<br>4) CRP. |

| | | |
|---|---|---|
| Leczenie cyklosporyną jest niewskazane w przypadku wystąpienia:<br>1) ciężkiego rzutu WZJG w trakcie leczenia azatiopryną (AZA) lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub<br>2) hypomagnezemii, lub<br>3) potencjalnych interakcji lekowych, lub<br>4) hiperkaliemii, lub<br>5) hyperurikemii, lub<br>6) u pacjentów w wieku powyżej 80 roku życia.<br><br>Przeciwwskazania do zastosowania terapii cyklosporyną zgodne z CHPL:<br>1) zaburzenia czynności nerek,<br>2) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze,<br>3) trudne do opanowania zakażenia,<br>4) nowotwory złośliwe.<br><br>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.<br><br>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:<br>1) przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu,<br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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,<br>4) nie zachodzą okoliczności o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia gdy kończy się udział pacjenta w programie.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze;<br>2) ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne;<br>3) umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego;<br>4) niestabilna choroba wieńcowa;<br>5) przewlekła niewydolność oddechowa;<br>6) przewlekła niewydolność nerek;<br>7) przewlekła niewydolność wątroby;<br>8) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;<br>9) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każda czynna postępująca choroba wątroby;<br>10) ciąża lub karmienie piersią;<br>11) rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych, również w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu;<br>12) powikłania wymagające innego postępowania (np. leczenia operacyjnego).<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>1) terapia indukcyjna – infuzja infliksymabu/wedolizumabu w 0,2,6 tygodniu;<br>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;<br><br>**4. Zakończenie leczenia następuje w przypadku**<br>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<br>2) wystąpienia działań niepożądanych leczenia, lub<br>3) wystąpienia powikłań wymagających innego specyficznego leczenia. | | |

Załącznik B.56.

# LECZENIE OPORNEGO NA KASTRACJĘ RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10 C61)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii**<br><br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br><br>Do leczenia octanem abirateronu w ramach programu kwalifikują się chorzy na raka gruczołu krokowego z przerzutami spełniający poniższe kryteria:<br>1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza;<br>2) zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie;<br>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);<br>4) progresja choroby określona na podstawie:<br>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<br>lub<br>b) wystąpienia objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;<br>5) stopień złośliwości wg sumy Gleasona <8 określony na podstawie badania histopatologicznego; | **1. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii**<br><br>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).<br><br>Octan abirateronu należy przyjmować w skojarzeniu z małą dawką prednizonu lub prednizolonu. Zalecana dawka prednizonu lub prednizolonu wynosi 10 mg na dobę.<br><br>U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii, w trakcie leczenia abirateronem należy utrzymać supresję androgenową, z zastosowaniem agonistów LHRH.<br><br>Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym w charakterystyce produktu leczniczego.<br><br>**2. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu** | **1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii**<br><br>**1.1. Badania przy kwalifikacji**<br><br>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;<br>2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child-Pugh przed rozpoczęciem leczenia;<br>3) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonana wcześniej);<br>4) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa, lub rezonans magnetyczny) w zależności od sytuacji klinicznej;<br>5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu.<br><br>**1.2. Monitorowanie leczenia**<br><br>Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:<br>1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące;<br>2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;<br>3) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy co dwa tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, a następnie co miesiąc; |

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**<br><br>**3.1. Kryteria kwalifikacji**<br><br>1) wiek: 18 lat i powyżej;<br>2) rozpoznanie histologiczne raka gruczołu krokowego;<br>3) stadium oporności na kastrację (stężenie testosteronu w surowicy wynoszące poniżej 50 ng/dl, tj. wynoszące mniej niż 1,7 nmol/l);<br>4) stan sprawności 0-1 według ECOG;<br>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:<br>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,<br>b) wystąpienie objawów progresji zmian w tkankach miękkich ocenianych wg kryteriów RECIST,<br>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).<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**3.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**<br><br>1) nadwrażliwość na enzalutamid lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) ciężka niewydolność nerek, ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg skali Child – Pugh);<br>3) choroby układu sercowo-naczyniowego: zawał mięśnia sercowego przebyty w ciągu 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;<br>5) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu;<br>6) napady padaczkowe w wywiadzie lub inne opisane w wywiadzie czynniki predysponujące do ich wystąpienia.<br><br>**3.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o zakończeniu leczenia świadczeniobiorcy w programie, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.<br><br>**3.4. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>1) progresja choroby w trakcie stosowania enzalutamidu zdefiniowana jako spełnienie co najmniej jednego spośród trzech poniższych kryteriów, podanych w punktach a - c:<br>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,<br>b) wystąpienie objawów progresji zmian w tkankach miękkich ocenianych wg kryteriów RECIST,<br>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.);<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na enzalutamid lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z zaleceniami zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;<br>4) rezygnacja świadczeniobiorcy. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **4. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223**<br><br>**4.1. Kryteria kwalifikacji**<br><br>1) histologiczne lub cytologiczne rozpoznanie raka gruczołu krokowego;<br>2) kastracyjne stężenie testosteronu (poniżej 50 ng/dl) pomimo prowadzonego farmakologicznego leczenia kastracyjnego (farmakologiczne leczenie kastracyjne powinno być kontynuowane)<br>lub<br>po wykonanej kastracji chirurgicznej;<br>3) progresja nowotworu definiowana jako:<br>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<br>lub<br>b) wystąpienie objawów progresji zmian w badaniach obrazowych;<br>4) potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności co najmniej 6 przerzutów do kości;<br>5) bóle kostne wymagające stałego stosowania leków przeciwbólowych lub paliatywnej radioterapii w okresie nie więcej niż 12 tygodni przed rozpoczęciem leczenia;<br>6) brak przerzutów do narządów trzewnych z wyjątkiem przerzutów do węzłów chłonnych miednicy o wymiarze mniejszym lub równym 2 cm w osi krótkiej;<br>7) leczenie docetakselem ukończone co najmniej 4 tygodnie przed rozpoczęciem leczenia radem-223 lub<br>obecność udokumentowanych przeciwwskazań do zastosowania docetakselu;<br>8) stan sprawności ogólnej 0-2 według ECOG;<br>9) wiek pacjenta: 18 lat i powyżej;<br>10) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<br>a) liczba płytek krwi większa lub równa 1,0 x $10^5/mm^3$,<br>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa $1500/mm^3$, | | |

| | | |
|---|---|---|
| c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;<br>11) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 GGN;<br>12) aktywność AspAT i AlAT mniejsze lub równe 2,5 GGN;<br>13) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5 GGN;<br>14) oczekiwany czas przeżycia dłuższy niż 6 miesięcy.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**4.2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>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.<br><br>**4.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**<br><br>Do programu nie kwalifikuje się pacjentów w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<br>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;<br>2) wystąpienie istotnych klinicznie działań niepożądanych spowodowanych chemioterapią, które nie ustępują w ciągu 4 tygodni od przerwania leczenia (z wyjątkiem utrzymującej się neuropatii);<br>3) leczenie z zastosowaniem strontu-89, samaru-153, renu-186 lub renu-188 w okresie 24 tygodni przed rozpoczęciem leczenia w ramach tego programu;<br>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);<br>5) obecność przerzutów do mózgu niekontrolowanych leczeniem miejscowym;<br>6) obecność co najmniej jednego z następujących schorzeń współistniejących:<br>a) niekontrolowana infekcja, | | |

| | | |
|---|---|---|
| b) niewydolność serca w stopniu III lub IV NYHA,<br>c) choroba Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego,<br>d) mielodysplazja szpiku;<br>7) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału;<br>8) obecność jakichkolwiek innych stanów lub schorzeń, które w opinii lekarza mogą stanowić przeciwwskazanie do zastosowania dichlorku radu Ra-223.<br><br>**4.4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br><br>Leczenie pacjenta w programie zostaje zakończone, jeżeli w trakcie tego leczenia wystąpi co najmniej jedno z następujących kryteriów:<br>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<br>lub<br>utrzymywanie się pomimo podjętego leczenia objawowego innej toksyczności w stopniu 4 wg CTC przez okres powyżej 7 dni;<br>2) rozpoczęcie nowego leczenia z zastosowaniem innego preparatu radioizotopowego<br>- z wyjątkiem zastosowania radioterapii paliatywnej na pojedyncze ogniska przerzutowe;<br>3) pogorszenie stanu sprawności ogólnej o co najmniej 2 stopnie wg ECOG w stosunku do wartości wyjściowej;<br>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;<br>5) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału;<br>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;<br>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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie następujące kryteria:<br>a) w wieku ≥ 18 roku życia,<br>b) po przebytym niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu w okresie co najmniej 3 miesięcy przed włączeniem do programu, udokumentowanym wypisem ze szpitala,<br>c) z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny górnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej;<br>2) do programu nie kwalifikuje się pacjentów w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów:<br>a) nasilone zaburzenia połykania lub zaburzenia oddechowe,<br>b) ciąża,<br>c) miastenia i zespół miasteniczny - na podstawie badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach),<br>d) objawy uogólnionego zakażenia,<br>e) obecność stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania, | **Dawkowanie:**<br>**1. Botulinum A toxin ā 500 j. i Botulinum A toxin a 300j. (Dysport)**<br>1) maksymalna dawka jednorazowa wynosi 1100 j.;<br>2) lek podaje się wielopunktowo (z wyjątkiem małych mięśni) w zakresach dawek przedstawionych poniżej oraz zgodnie z doświadczeniem klinicznym podającego:<br>a) mięsień zginacz palców głęboki: 100-200 j.,<br>b) mięsień zginacz palców powierzchowny: 100–200 j.,<br>c) mięsień zginacz nadgarstka łokciowy: 100-200 j.,<br>d) mięsień zginacz nadgarstka promieniowy: 100-200 j.,<br>e) mięsień przywodziciel kciuka: 25-50 j.,<br>f) mięsień zginacz kciuka: 100-200 j.,<br>g) mięsień dwugłowy ramienia: 200–400 j.;<br>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:**<br>1) badanie neurologiczne:<br>a) ocena spastyczności w skali Ashworth,<br>b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej według skali Medical Research Council (MRC) (0-5 w poszczególnych grupach mięśniowych),<br>c) ocena funkcji poznawczych według skali MMSE, z wyłączeniem chorych z aleksją lub agrafią lub afazją,<br>d) opisowa ocena czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością;<br>2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR w dniu podania nie więcej niż 2,5);<br>3) ocena stanu ruchowego;<br><br>**2. Monitorowanie leczenia:**<br>Podczas wizyt kontrolnych, o których mowa w pkt. 3 w kolumnie „Świadczeniobiorcy”, przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku wykonuje się: |

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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;<br>2) utrwalony przykurcz kończyny górnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie;<br>3) potwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego;<br>4) objawy uogólnionego zakażenia;<br>5) ciężkie zaburzenia połykania i oddychania;<br>6) ciąża lub karmienie piersią;<br>7) wystąpienie stanu zapalnego w okolicy miejsca podania;<br>8) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku;<br>9) wszczepienie pompy baklofenowej;<br>10) przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy);<br>11) powstanie oporności na lek;<br>12) brak rehabilitacji pacjenta w okresie między kolejnymi podaniami leku (co najmniej dwukrotnie w ciągu każdych 12 miesięcy leczenia);<br>13) brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku.<br><br>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.,<br>b) mięsień zginacz łokciowy nadgarstka: 20-100 j.,<br>c) mięsień zginacz powierzchniowy palców: 40-100 j.,<br>d) mięsień zginacz głęboki palców: 40-100 j.,<br>e) mięsień ramienno-promieniowy: 25-100 j.,<br>f) mięsień dwugłowy: 75- 200 j.,<br>g) mięsień ramienny: 25-100 j.,<br>h) mięsień nawrotny czworoboczny: 10-50 j.,<br>i) mięsień nawrotny obły: 25-75 j.,<br>j) mięsień zginacz długi kciuka: 10-50 j.,<br>k) mięsień przywodziciel kciuka: 5-30 j.,<br>l) mięsień zginacz krótki kciuka / mięsień przeciwstawiacz kciuka: 5-30 j.;<br>3) częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta - maksymalnie 3 razy w okresie roku, nie częściej niż co 12 tygodni.<br><br>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)

<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>Program obejmuje leczenie chorych na raka żołądka z przerzutami trastuzumabem w skojarzeniu z cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną.<br><br>1. Kryteria kwalifikacji<br><br>1) histologiczne rozpoznanie gruczolakoraka żołądka z obecnością przerzutów odległych;<br>2) nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka określana jako wynik IHC /3+/;<br>3) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej lub ocenialnej;<br>4) stan sprawności 0-1 wg WHO;<br>5) niestosowanie w przeszłości leczenia systemowego z powodu przerzutowego raka żołądka;<br>6) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej i badania ECHO (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu) z frakcją wyrzutu lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%;<br>7) ukończenie 18 roku życia.<br><br>2. Określenie czasu leczenia w programie<br><br>Podawanie trastuzumabu jest kontynuowane po zakończeniu chemioterapii do wystąpienia progresji choroby lub istotnej klinicznie toksyczności, która nakazuje zaprzestanie leczenia.</td>
<td>1. Leczenie chorych na raka żołądka z przerzutami trastuzumabem w skojarzeniu z cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną<br><br>Trastuzumab stosowany jest co 3 tygodnie – pierwsza dawka leku wynosi 8 mg/kg masy ciała i.v., a następne 6 mg/kg.<br><br>Chemioterapia rozpoczynana jest w dniu podania pierwszej dawki trastuzumabu i polega na zastosowaniu jednego z dwu schematów:<br><br>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;<br><br>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.<br><br>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków cytotoksycznych maksymalnie o 25% w zależności od toksyczności lub opóźnienie podania kolejnego kursu.<br><br>W przypadku nietolerancji jednej z fluoropirymidyn możliwa jest zmiana schematu chemioterapii na alternatywny (zamiana fluorouracylu na kapecytabinę</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br><br>1) badanie immunohistochemiczne (ocena nadekspresji receptora HER2);<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) badania biochemiczne:<br>a) stężenie kreatyniny;<br>b) stężenie ALAT;<br>c) stężenie AspAT;<br>d) stężenie bilirubiny;<br>e) stężenie sodu;<br>f) stężenie potasu;<br>g) stężenie wapnia.<br>4) RTG lub KT klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;<br>5) KT jamy brzusznej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni);<br>6) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny sytuacji klinicznej);<br>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;<br>8) próba ciążowa (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę);<br>9) KT lub MRI mózgu (tylko, gdy są wskazania kliniczne).</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| Maksymalna liczba cykli chemioterapii cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną wynosi 6.<br><br>**3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie**<br>1) przebyta chemioterapia z powodu przerzutowego raka żołądka;<br>2) nadwrażliwość na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze;<br>3) nasilona duszność spoczynkowa związana z zaawansowaniem nowotworu lub innymi chorobami;<br>4) stan sprawności 2-4 według WHO;<br>5) niewydolność sercowo-naczyniowa i nadciśnienie tętnicze nie poddające się leczeniu farmakologicznemu;<br>6) ciąża i karmienie piersią;<br>7) klinicznie objawowe przerzuty do OUN;<br>8) inne poważne współistniejące choroby uniemożliwiające przeprowadzenie leczenia;<br>9) istotne klinicznie i stanowiące przeciwskazanie do stosowania chemioterapii zaburzenia wskaźników czynności układu krwiotwórczego, nerek lub wątroby.<br><br>**4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia;<br>2) wystąpienie istotnych klinicznie zaburzeń wskaźników czynności układu krwiotwórczego, nerek lub wątroby uniemożliwiających dalsze leczenie;<br>3) ciąża.<br><br>**5. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu | lub odwrotnie). | **2. Monitorowanie leczenia**<br>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;<br>2) badania biochemiczne:<br>a) stężenie kreatyniny;<br>b) stężenie ALAT;<br>c) stężenie AspAT;<br>d) stężenie bilirubiny;<br>e) stężenie sodu;<br>f) stężenie potasu;<br>g) stężenie wapnia.<br>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.<br>3) EKG i ECHO lub MRI w trzecim oraz szóstym miesiącu, a następnie w przypadku klinicznych wskazań;<br>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);<br>5) scyntygrafia kośćca (w odniesieniu do chorych z przerzutami do kości) nie częściej, niż co 6 miesięcy.<br><br>**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.<br>2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.<br>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**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br>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:**<br>1) histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV;<br>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);<br>3) rozpoczynanie leczenia ipilimumabem w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia (chemioterapia, immunoterapia, biochemioterapia, radioterapia, chirurgiczne leczenie);<br>4) nieobecne przerzuty w mózgu lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;<br>5) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;<br>6) wiek ≥ 18 lat; | **1. Dawkowanie:**<br>Zalecana dawka ipilimumabu wynosi 3 mg/kg i obejmuje 4 podania w odstępach co 3 tygodnie (leczenie w tygodniach 1, 4, 7 i 10).<br><br>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.<br>Dawkę całkowitą należy obliczyć następująco:<br>- masa ciała pacjenta w kg x 3 mg = dawka całkowita w mg.<br>Całkowitą objętość wlewu należy obliczyć następująco:<br>- dawka całkowita w mg ÷ 5 mg/ml = objętość wlewu w ml.<br>Szybkość wlewu należy obliczyć następująco:<br>- objętość wlewu w ml ÷ 90 minut = szybkość wlewu w ml/min.<br><br>Ipilimumab nie może być stosowany łącznie z: | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) histologiczne potwierdzenie czerniaka;<br>2) diagnostyka obrazowa: RTG, TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach – zmiany w tkance podskórnej/skórze);<br>3) pomiar masy ciała;<br>4) pełne badanie przedmiotowe;<br>5) ocena sprawności w skali ECOG;<br>6) badania laboratoryjne:<br>a) badania hematologiczne: hemoglobina, pełna morfologia z rozmazem (włącznie z bezwzględną liczbą limfocytów) oraz liczbą płytek,<br>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,<br>c) badanie ogólne moczu.<br><br>**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;<br>8) laboratoryjne badania (przed rozpoczęciem leczenia) o wartościach:<br>a) liczba białych krwinek $\geq$ 2000/µl,<br>b) liczba granulocytów obojętnochłonnych $\geq$ 1000/µl,<br>c) liczba płytek $\geq$ 75 x $10^3$/µl,<br>d) stężenie hemoglobiny $\geq$9 g/dl (możliwe przetoczenie krwi/produktów krwiopochodnych),<br>e) stężenie kreatyniny $\leq$ 2 x GGN (górna granica normy),<br>f) aktywność aminotransferaz AST/ALT $\leq$ 2,5 x GGN u pacjentów bez przerzutów do wątroby i $\leq$ 5 x GGN u pacjentów z przerzutami do wątroby,<br>g) stężenie bilirubiny $\leq$ 2 x GGN (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta, u których stężenie bilirubiny całkowitej musi być niższe niż 3,0 mg/dl).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>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.<br><br>Kryteria immunologicznej odpowiedzi:<br>- 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;<br>- irPR – zmniejszenie się zaawansowania nowotworu $\geq$ 50% względem stanu wyjściowego potwierdzone kolejną oceną | a) innym przeciwciałem monoklonalnym;<br>b) inhibitorem kinazy BRAF;<br>c) inhibitorem kinazy MEK. | 1) diagnostyka obrazowa: RTG, TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach) – po 12 tygodniach leczenia;<br>2) pomiar masy ciała;<br>3) pełne badanie przedmiotowe;<br>4) ocena sprawności w skali ECOG;<br>5) badania laboratoryjne:<br>a) badania hematologiczne: hemoglobina, pełna morfologia z rozmazem (włącznie z bezwzględną liczbą limfocytów) oraz liczbą płytek,<br>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,<br>c) badanie ogólne moczu;<br>6) ocena zdarzeń niepożądanych.<br><br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej |

| | | |
|---|---|---|
| wykonana przynajmniej 4 tygodnie po pierwszej dokumentacji;<br>- irSD – nieobecność kryteriów irCR lub irPR oraz nieobecność irPD;<br>- irPD – zwiększenie zaawansowania guza o ≥ 25% względem minimalnego zarejestrowanego stopnia zaawansowania potwierdzone powtórną oceną wykonaną nie mniej niż 4 tygodnie od daty pierwszej dokumentacji.<br><br>Czasowe przerwanie (zawieszenie) leczenia może mieć miejsce w przypadku wystąpienia poważnych działań niepożądanych lub znaczącego pogorszenia stanu sprawności pacjenta.<br><br>W razie wystąpienia przynajmniej jednego z następujących zdarzeń niepożądanych konieczne może być wstrzymanie dawki ipilimumabu:<br>1) jakiekolwiek zdarzenie niepożądane stopnia ≥ 2 niezwiązane ze skórą (włącznie z irAE), z wyjątkiem nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych;<br>2) jakikolwiek nieprawidłowy wynik badania laboratoryjnego w stopniu ≥ 3;<br>3) jakiekolwiek zdarzenie niepożądane stopnia ≥ 3 dotyczące skóry, niezależnie od związku przyczynowego.<br><br>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.<br><br>Następujące zdarzenia niepożądane związane z leczeniem wymagają trwałego przerwania leczenia ipilimumabem: | | przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;<br>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;<br>2) jakikolwiek nieprawidłowy wynik badania laboratoryjnego stopnia ≥ 4 z wyjątkiem AST, ALT lub bilirubiny całkowitej;<br>3) aktywność AST lub ALT >8 GGN;<br>4) stężenie bilirubiny całkowitej > 5 GGN;<br>5) dowolne inne zdarzenie niepożądane stopnia ≥ 4;<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>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;<br>2) kobiety w ciąży lub karmiące piersią;<br>3) kobiety z dodatnim wynikiem testu ciążowego przy włączeniu do badania lub przed podaniem ipilimumabu;<br>4) chorzy przyjmujący jakiekolwiek inne ogólnoustrojowe leczenie przeciwnowotworowe (w tym – jakiekolwiek leczenie eksperymentalne);<br>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;<br>6) chorzy z potwierdzonym zakażeniem HIV, HBV lub HCV (niezależnie od skuteczności stosowanego leczenia przeciwwirusowego);<br>7) chorzy z innym współistniejącym nowotworem złośliwym (wyjątek – odpowiednio leczony rak podstawnokomórkowy lub płaskonabłonkowy skóry, rak powierzchniowy pęcherza lub rak szyjki macicy *in situ*);<br>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);<br>9) chorzy ze stanami zagrażającymi życiu, które wymagają podawania dużych dawek leków immunosupresyjnych oraz długotrwałego stosowania kortykosteroidów<br>10) chorzy na czerniaka gałki ocznej. | | |
| **Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem** | | |
| **1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV;<br>2) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;<br>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:**<br>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br><br>Niwolumab lub pembrolizumab nie może być stosowany łącznie z:<br>a) innym przeciwciałem monoklonalnym;<br>b) inhibitorem kinazy BRAF;<br>c) inhibitorem kinazy MEK. | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) histologiczne potwierdzenie czerniaka;<br>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);<br>3) pomiar masy ciała;<br>4) pełne badanie przedmiotowe;<br>5) ocena sprawności w skali ECOG;<br>6) ocena obecności mutacji BRAF V600;<br>7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>8) elektrokardiogram (EKG); |

| | | |
|---|---|---|
| 4) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anty-PD-1;<br>5) rozpoczynanie leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia;<br>6) brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;<br>7) wiek ≥ 18 lat;<br>8) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;<br>9) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, a w szczególności:<br>a) liczba leukocytów ≥ 2000/µL,<br>b) liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥ 1000/µL,<br>c) liczba płytek ≥ 75 000/µL,<br>d) stężenie hemoglobiny ≥ 9 g/dL lub ≥ 5,6 mmol/L<br>e) stężenie kreatyniny w surowicy ≤ 1,5 x GGN<br>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<br>10) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek.<br><br>Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. | | 9) badania laboratoryjne:<br>a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,<br>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,<br>c) badanie ogólne moczu.<br><br>**2. Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet** w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz 4 miesiące po podaniu ostatniej dawki niwolumabu lub pembrolizumabu.<br><br>**3. Monitorowanie leczenia:**<br>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)<br>a) dla niwolumabu - po 12 tygodniach leczenia, a następnie co 3 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji;<br>b) dla pembrolizumabu - przed upływem 12 tygodnia leczenia, następnie co 3 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji;<br>2) badania laboratoryjne dla pembrolizumabu co 6 – 12 tygodni:<br>a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,<br>b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) progresja choroby;<br>2) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;<br>3) wystąpienie epizodu ciężkiej toksyczność niezwiązanej z lekiem;<br>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;<br>5) istotne pogorszenie jakości życia według oceny lekarza lub pacjenta;<br>6) objawy toksyczności związane z leczeniem nie ulegają poprawie do stopnia 0-1 w ciągu 12 tygodni od podania ostatniej dawki pembrolizumabu lub niwolumabu;<br>7) wystąpienie toksyczności zagrażającej życiu ( w stopniu 4) z wyjątkiem endokrynopatii kontrolowanych suplementacją hormonalną;<br>8) wystąpienie toksyczności pochodzenia immunologicznego takich jak:<br>a) zapalenie płuc stopnia 3 lub 4 lub nawracające stopnia 2,<br>b) zapalenie jelita grubego stopnia 4,<br>c) zapalenie nerek stopnia 3 lub 4 ze stężeniami kreatyniny 3 razy powyżej GGN,<br>d) zapalenie wątroby stopnia 3 lub 4 związane ze:<br>i. wzrostem ALT lub AST 5 razy powyżej GGN lub stężenia bilirubiny całkowitej 3 razy powyżej GGN,<br>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;<br>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,<br>c) badanie ogólne moczu..<br>3) badania laboratoryjne dla niwolumabu co 4-12 tygodni:<br>a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,<br>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,<br>c) badanie ogólne moczu..<br>4) Ocena działań niepożądanych.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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;<br>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.<br>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.<br><br>**1.Kryteria kwalifikacji do leczenia welaglucerazą alfa:**<br>Do programu kwalifikowani są świadczeniobiorcy ze stwierdzonym brakiem lub znacznym niedoborem aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzonym badaniem molekularnym.<br>Refundowane jest leczenie świadczeniobiorców z typem I choroby. Nie jest refundowane leczenie świadczeniobiorców z asymptomatyczną (bezobjawową) postacią choroby Gaucher'a.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie w przypadku leczenia welaglucerazą alfa**<br>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.<br>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:**<br>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.<br>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:**<br>1) Stwierdzenie braku lub znacznego niedoboru aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;<br>2) Ocena miana przeciwciał przeciwko welaglucerazie alfa (nie jest badaniem obligatoryjnym);<br>3) Morfologia krwi pełna, z rozmazem;<br>4) Układ krzepnięcia;<br>5) Próby wątrobowe: ALAT, AspAT, bilirubina;<br>6) Stężenie fosfatazy alkalicznej;<br>7) Stężenie witamin $B_{12}$, E, D;<br>8) Stężenie cholesterolu;<br>9) Chitotriozydaza;<br>10) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości (z podaniem wymiarów) wątroby i śledziony;<br>11) EKG;<br>12) RTG płuc;<br>13) Pomiary antropometryczne;<br>14) Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich;<br>15) Ocena jakości życia SF 36;<br>16) Konsultacja ortopedyczna;<br>17) Konsultacja kardiologiczna.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia welaglucerazą alfa**<br>**2.1. Raz na 180 dni**<br>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:**<br>1) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na welaglucerazę alfa;<br>2) Znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo podjętego leczenia;<br>3) Pacjenci z asymptomatyczną (bezobjawową) postacią choroby Gaucher'a;<br>4) Pacjenci z typem II i III choroby;<br>5) Dzieci poniżej 2 roku życia;<br>6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu. | | Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich);<br>2) Morfologia krwi pełna, z rozmazem;<br>3) Układ krzepnięcia.<br>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie świadczeniobiorców z chorobą Gaucher'a.<br><br>**2.2. Co 365 dni**<br>1) Chitotriozydaza;<br>2) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości (z podaniem wymiarów) wątroby i śledziony;<br>3) EKG;<br>4) RTG płuc;<br>5) Pomiary antropometryczne (u dzieci do zakończenia fazy wzrostu);<br>6) Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich;<br>7) Ocena jakości życia SF 36 (opcjonalnie);<br>8) Konsultacja ortopedyczna (opcjonalnie);<br>9) Konsultacja kardiologiczna (opcjonalnie).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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:**<br><br>1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej;<br>2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności;<br>3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6);<br>4) wiek ≥ 18 lat.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)**<br><br>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)<br><br>**2. Sposób podania:** dożylnie (IVIg) lub podskórnie (SCIg)<br><br>**3. Dawkowanie:**<br><br>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.<br><br>**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.<br>**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.<br><br>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:**<br><br>1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) poziom glukozy w surowicy krwi;<br>4) oznaczenie w żylnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych;<br>5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP);<br>6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR;<br>7) poziom białka C-reaktywnego (CRP);<br>8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;<br>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<br>lub<br><br>2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej<br>lub<br>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);<br>12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych<br>13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br>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);<br>2) potwierdzenie obecności mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR);<br>3) zaawansowanie miejscowe (stopień III – z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);<br>4) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia (obecność przerzutów) lub miejscowego zaawansowania (z wyłączeniem chemioterapii uzupełniającej);<br>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;<br>6) w przypadku pojedynczej zmiany – umiejscowienie poza obszarem wcześniejszego napromieniania; | Dawkowanie leków w programie i modyfikowanie leczenia powinno być zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **Badania przy kwalifikacji do leczenia afatynibem**<br>1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami włączenia;<br>2) ocena obecności aktywującej mutacji genu EGFR;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>9) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>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;<br>11) badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w |

| | | |
|---|---|---|
| 7) istnienie możliwości przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1.;<br>8) wiek powyżej 18 roku życia;<br>9) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO;<br>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);<br>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;<br>12) prawidłowa czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>13) prawidłowa czynność nerek:<br>a) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy lub<br>b) klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min;<br>14) prawidłowa czynność wątroby:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>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;<br>15) brak przeciwwskazań do stosowania afatynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>16) wykluczone stosowanie jednoczesnej chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. | | zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza lub klasyczne badanie RTG klatki piersiowej w przypadku zmiany dobrze mierzalnej, otoczonej<br>przez prawidłowo upowietrzniony miąższ płucny;<br>2) badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne<br>badania obrazowe (ultrasonografia – USG, rezonans magnetyczny– MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji<br>klinicznej;<br>3) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny).<br>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.<br>W przypadku wystąpienia u chorego objawów hepatotoksyczności dopuszcza się większą częstotliwość badań czynności wątroby.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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; |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie:<br>1) z zasadami terapii określonymi w pkt 2.1 - 2.5 oraz<br>2) z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.<br>2.1. Stosowanie afatynibu w ramach pierwszej linii leczenia jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii.<br>2.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):<br>1) przed leczeniem – nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku;<br>2) w czasie leczenia – pierwsza ocena po 8 tygodniach, a kolejne w odstępach 3-miesięcznych – ważność badania – 14 dni.<br>2.3. Badania obrazowe obejmują:<br>1) ocenę zmiany pierwotnej:<br>a) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza lub<br>b) badanie RTG klatki piersiowej w przypadku zmiany dobrze mierzalnej, otoczonej przez prawidłowo upowietrzniony miąższ płucny;<br>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.<br>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.<br>2.5. Ocenę wyniku leczenia (odpowiedź) należy wykonywać według kryteriów skali RECIST 1.1. | | 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. |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) progresja choroby zgodnie z kryteriami RECIST 1.1:<br>a) powiększenie się istniejących zmian o przynajmniej 20% lub<br>b) pojawienie się przynajmniej jednej nowej zmiany - potwierdzona w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;<br>2) pogorszenie stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;<br>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);<br>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);<br>5) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;<br>6) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów WHO;<br>7) przerwa w przyjmowaniu afatynibu dłuższa niż trzy tygodnie, która została spowodowana niepożądanym działaniem leczenia;<br>8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>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**<br>1.1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą gruczolakoraka;<br>1.2. zaawansowanie miejscowe (stopień III – z wyjątkiem przypadków, w | 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.**<br>1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami włączenia;<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenia stężenia kreatyniny; |

| | | |
|---|---|---|
| których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);<br>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;<br>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;<br>1.5. wiek powyżej 18. roku życia;<br>1.6. sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>1.7. wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;<br>1.8. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>1.9. czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);<br>1.10. czynność wątroby umożliwiająca leczenie:<br>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;<br>1.11. nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu;<br>1.12. wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych;<br>1.13. ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek – utrata włosów);<br>1.14. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym. | | 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>8) 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;<br>9) badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**2. Monitorowanie skuteczności leczenia. Nintedanib w drugiej linii leczenia.**<br>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;<br>2) badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej. |

| | | |
|---|---|---|
| Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie.**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z:<br>(1) z zasadami terapii określonymi w punktach 2.1.1., 2.1.2., 2.1.3.;<br>oraz<br>(2) z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 3.<br>2.1.1. Stosowanie leków anty-EGFR jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych.<br><br>2.1.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):<br>(1) przed leczeniem - nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku;<br>(2) w czasie leczenia - co 3 miesiące (ważność badania - 14 dni).<br><br>2.1.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.:<br>(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);<br>(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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br>3.1. wystąpienie progresji choroby – potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub/i obrazowym – ocenionej według kryteriów skali | | Badania wykonywane są co 2 cykle leczenia.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych<br>dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich<br>przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej<br>przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu<br>oraz na zakończenie leczenia;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych<br>do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz<br>Zdrowia. |

| | | |
|---|---|---|
| RECIST 1.1.:<br>a) powiększenie się istniejących zmian o przynajmniej 20%<br>lub<br>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);<br>3.2. pogorszenie – istotne klinicznie – stanu chorego w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;<br>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.);<br>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.);<br>3.5. wystąpienie nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;<br>3.6. wystąpienie autoimmunologicznego zapalenia narządowego o nasileniu w stopniach wyższych niż podczas stosowania inhibitorów PD1 lub PDL1;<br>3.7. obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów WHO lub ECOG;<br>3.8. pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;<br>3.9. wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego). | | |

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)

<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>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>1. Kryteria kwalifikacji<br>1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej −2 SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych;<br>2) wiek > 4 lat;<br>3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;<br>4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej −1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji);<br>5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich’a-Pyle;<br>6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości;<br>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);<br>8) brak przeciwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</td>
<td>1. Dawkowanie<br>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.).</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) pomiar stężenia IGF-1;<br>2) pomiar stężenia IGFBP3;<br>3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;<br>4) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny ($HbA_{1C}$);<br>5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;<br>6) pomiar stężeń triglicerydów;<br>7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;<br>8) pomiar frakcji HDL cholesterolu;<br>9) pomiar frakcji LDL cholesterolu;<br>10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>11) badanie dna oka;<br>12) pomiar stężenia TSH;<br>13) pomiar stężenia $fT_4$;<br>14) pomiar stężenia $fT_3$;<br>15) RTG śródręcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego,<br>16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);<br>17) morfologia krwi z rozmazem;<br>18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia</td>
</tr>
</table>

**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;<br>3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni);<br>4) pomiar stężenia TSH;<br>5) pomiar stężenia $fT_4$;<br>6) pomiar stężenia $fT_3$;<br>7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);<br>8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;<br>9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;<br>10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.<br><br>**2.3 Co 365 dni**<br>1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;<br>2) pomiar stężenia IGFBP3;<br>3) pomiar stężenia triglicerydów;<br>4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu;<br>5) pomiar frakcji LDL cholesterolu;<br>6) pomiar frakcji HDL cholesterolu;<br>7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi:<br>a) badanie dna oka,<br>b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera;<br>8) RTG śródręcza, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego;<br>9) morfologia krwi z rozmazem; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 10) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;<br>11) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;<br>12) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:<br>a) USG lub RTG stawów biodrowych,<br>b) TK lub MRI stawów biodrowych,<br>c) konsultacja ortopedyczna;<br>13) w zależności od potrzeb:<br>a) USG jamy brzusznej,<br>b) USG klatki piersiowej,<br>c) konsultacja ortopedyczna,<br>d) konsultacja okulistyczna,<br>e) konsultacja neurologiczna,<br>f) konsultacja hemato-onkologa,<br>g) konsultacja genetyczna,<br>h) konsultacja psychologiczna,<br>i) TK,<br>j) MRI,<br>k) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.<br><br>**2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:**<br>1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri:<br>a) konsultacja okulistyczna,<br>b) konsultacja neurologiczna,<br>c) jonogram surowicy krwi,<br>d) obrazowanie ośrodkowego układu |

| | | |
|---|---|---|
| | | nerwowego TK z kontrastem lub MRI;<br>2) w przypadku podwyższonego stężenia IGF-1:<br>a) pomiar stężenia IGF-1 co 90 dni;<br>3) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:<br>a) USG lub RTG stawów biodrowych,<br>b) TK lub MRI stawów biodrowych,<br>c) konsultacja ortopedyczna.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW<br>W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE<br>W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia dazatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+) u dorosłych<br>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:<br>1) nie uzyskano całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub większej odpowiedzi molekularnej po leczeniu konsolidującym remisję, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu<br>lub<br>2) uzyskano remisję całkowitą lub odpowiedź molekularną w wyniku leczenia obejmującego stosowanie dazatynibu i prowadzaone jest leczenie podtrzymujące<br>lub<br>3) wystąpiła hematologiczna remisja całkowita i w badaniu molekularnym lub immunofenotypowym stwierdzono nawrót lub narastanie minimalnej choroby resztkowej, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu<br>lub</td>
<td>1. Dawkowanie<br>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.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) elektrolity: Na, K;<br>3) AspAT, AlAT, GGTP, AP;<br>4) bilirubina;<br>5) kreatynina;<br>6) kwas moczowy;<br>7) badanie cytologiczne szpiku;<br>8) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne;<br>9) USG jamy brzusznej;<br>10) EKG.<br><br>2. Monitorowanie leczenia<br>Co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc leczenia, następnie co 4 tygodnie:<br>1) morfologia krwi;<br>2) elektrolity: Na, K;<br>3) AspAT, AlAT, GGTP, AP;<br>4) bilirubina;<br>5) kreatynina;<br>6) kwas moczowy.</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 4) wykonano przeszczepienie komórek krwiotwórczych, i przed przeszczepieniem nie uzyskano całkowitej odpowiedzi molekularnej<br>lub<br>5) wystąpiła wznowa hematologiczna choroby, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu<br>lub<br>6) wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie<br>lub<br>7) stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>1) u chorych nie poddanych transplantacji komórek krwiotwórczych leczenie dazatynibem należy kontynuować do czasu progresji choroby;<br>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,<br>następnie co 8-12 tygodni:<br>1) badanie cytologiczne szpiku;<br>2) badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br>1) wystąpienie objawów nietolerancji dazatynibu;<br>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:**<br><br>1) Do leczenia beksarotenem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:<br>a) wiek ≥ 18 lat,<br>b) prawidłowa funkcja wątroby, nerek i szpiku kostnego,<br>c) potwierdzona diagnoza zespołu Sézary'ego (w oparciu o wynik cytometrii) lub ziarniniaka grzybiastego (w oparciu o wynik badania PCR albo badania wycinka skóry),<br>d) stadium zaawansowania choroby określone jako 1 B lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC)<br>oraz jedno z poniższych kryteriów:<br>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<br>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<br>c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym.<br><br>2) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń (stosowanie skutecznych niehormonalnych środków | **Dawkowanie:**<br><br>1) Leczenie powinno być prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>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:**<br><br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) płytki krwi;<br>3) stężenie kreatyniny;<br>4) poziom glukozy we krwi;<br>5) transaminazy (AspAT, AlAT);<br>6) stężenie bilirubiny całkowitej;<br>7) poziom albumin;<br>8) stężenie TSH oraz fT4;<br>9) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL);<br>10) RTG płuc z opisem (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją);<br>11) EKG z opisem;<br>12) USG jamy brzusznej;<br>13) określenie TNMB i mSWAT;<br>14) wykluczenie ciąży - w przypadku kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia:**<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie.**<br><br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br><br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancję czynną lub substancje pomocnicze;<br>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;<br>3) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji;<br>4) pojawienie się schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do kontynuacji leczenia;<br>5) ciąża, okres karmienia piersią.<br><br>**4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**<br>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.<br>2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.<br>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):<br>a) morfologia krwi,<br>b) płytki krwi,<br>c) stężenie kreatyniny,<br>d) poziom glukozy we krwi,<br>e) transaminazy (AspAT, AlAT),<br>f) stężenie bilirubiny całkowitej,<br>g) poziom albumin,<br>h) stężenie TSH oraz fT4,<br>i) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL),<br>j) wykonanie badań kontrolnych obrazowych - w zależności od potrzeb klinicznych.<br>2) Raz na dwa miesiące należy wypełnić skalę mSWAT.<br><br>**Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo- |

| | | |
|---|---|---|
| programu.<br>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.<br>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<br>
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.<br>
Do programu kwalifikowani są pacjenci z następującymi rozpoznaniami:<br>
1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP):<br>
1) potwierdzona:<br>
a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów,<br>
b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;<br>
2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania.<br>
1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN):<br>
1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów;<br>
2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej.<br>
1.3. Miastenia (MG) przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów:<br>
1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c;<br>
2) retencja $CO_2$ (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg);
</td>
<td>
1. Dawkowanie:<br>
1.1. Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce całkowitej 1-2 g/kg m.c. we wlewie i.v. w ciągu 2-5 dni.<br>
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.<br>
W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP i miopatii zapalnych dawkowanie ustala się indywidualnie.
</td>
<td>
1. Badania przy kwalifikacji:<br>
1) morfologia krwi z rozmazem;<br>
2) AlAT;<br>
3) AspAT;<br>
4) oznaczenie stężenia immunoglobulin w klasach IgG, IgM i IgA;<br>
5) proteinogram;<br>
6) EMG;<br>
7) rezonans magnetyczny;<br>
8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego;<br>
9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych;<br>
10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4);<br>
11) wzrokowe potencjały wywołane;<br>
12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA;<br>
13) konsultacja ginekologiczna u kobiet;<br>
14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych.<br>
O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego.<br><br>
2.Monitorowanie leczenia<br>
2.1.Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem leku:<br>
1) morfologia krwi z rozmazem;<br>
2) oznaczenie stężenia mocznika i kreatyniny;
</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| 3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem $SpO_2$ poniżej 93%;<br>4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy;<br>5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwskazania do ich stosowania;<br>6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym;<br>7) nasilenie objawów miastenii w okresie ciąży.<br>**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:**<br>1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych;<br>2) badanie neurofizjologiczne;<br>3) rezonans magnetyczny;<br>4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania.<br>**1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe w przypadku** nieskutecznego leczenia kortykosteroidami.<br>**1.6. Zespół Guillain-Barre** w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów:<br>1) narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowana w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania;<br>2) narastający niedowład mięśni twarzy;<br>3) dyzartia;<br>4) dysfagia;<br>5) zaburzenia oddechowe.<br>**1.7. Choroba Devica (NMO):** | | 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>5) proteinogram;<br>6) oznaczenie stężneia immunoglobulin w klasach IgG, IgM i IgA;<br>7) koagulogram z oznaczeniem D-dimerów.<br>Lekarz na podstawie otrzymanych wyników ustala, czy nie ma przeciwskazań do podania immunoglobulin.<br>Stwierdzenie niedoboru IgA nie stanowi bezwzględnego przeciwskazania, wymaga natomiast większego nadzoru.<br>**2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem leku**:<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej<br>oraz<br>5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie |

| | | |
|---|---|---|
| 1) potwierdzona wykonaniem:<br>a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego,<br>b) badania potencjałów wzrokowych,<br>c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4),<br>d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego<br>- zgodnie z przyjętymi kryteriami wg. Wingerchuk DM i wsp. (Neurology 2015;85;177-189);<br>2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania.<br>**1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym:**<br>1) potwierdzone wykonaniem:<br>a) rezonansu magnetycznego mózgu,<br>b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego,<br>c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym<br>- zgodnie z przyjętymi kryteriami wg. Bien i Elger (Epilepsy&Behavior 10 (2007) 528-538);<br>2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia:**<br>1) nadwrażliwość na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu<br>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.<br><br>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**<br>**A. Leczenie sildenafilem pacjentów dorosłych w wieku 18 lat i powyżej**<br><br>**1. Monoterapia sildenafilem**<br><br>**1.1 Kryteria włączenia pacjenta do leczenia sildenafilem w monoterapii:**<br>1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg. aktualnej klasyfikacji ESC/ERS);<br>2) stopień zaawansowania choroby:<br>a) II-III klasa czynnościowa według WHO lub<br>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<br>c) III klasa czynnościowa według WHO u pacjentów z zespołem Eisenmengera w przypadku nietolerancji lub nieskuteczności leczenia bosentanem;<br>3) brak spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym teście hemodynamicznym (według aktualnych kryteriów) lub niezadowalający skutek lub nietolerancja przewlekłego | **I. Dawkowanie sildenafilu**<br><br>**A. Leczenie sildenafilem pacjentów dorosłych:**<br><br>**1. Leczenie I rzutu - monoterapia**<br><br>Dawkowanie sildenafilu:<br>1) Dawka podstawowa: 20 mg 3 razy dziennie.<br>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.<br><br>**2. Terapia skojarzona**<br><br>Dawkowanie sildenafilu w ramach prowadzenia terapii skojarzonej: 20 mg 3 razy dziennie. | **I. Terapia sildenafilem**<br>**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia sildenafilem**<br><br>**1.1 Badania nieinwazyjne:**<br>1) ocena klasy czynnościowej według NYHA;<br>2) test 6-minutowego marszu (w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania);<br>3) oznaczenie NT-pro-BNP;<br>4) badanie echokardiograficzne.<br><br>**1.2 Badania inwazyjne.**<br>1.2.1 Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną:<br>1) ciśnienia zaklinowania,<br>2) naczyniowego oporu płucnego,<br>3) pojemności minutowej,<br>4) saturacji mieszanej krwi żylnej<br>i przeprowadzeniem testów wazodylatacyjnych.<br>Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8 tygodni przed włączeniem do programu.<br>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;<br><br>**2. Terapia skojarzona - leczenie sildenafilem w skojarzeniu z inną substancją czynną przewidzianą do leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego w ramach programów lekowych dotyczących leczenia TNP.**<br><br>**2.1 Kryteria kwalifikacji do leczenia sildenafilem w skojarzeniu z inną substancją czynną u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej:**<br>Sildenafil może być stosowany łącznie z inną substancją czynną, o której mowa w programach lekowych, dotyczących leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego w przypadku kiedy:<br>1) monoterapia jakąkolwiek substancją czynną zastosowaną w ramach programów lekowych dotyczących leczenia TNP okazała się nieskuteczna lub<br>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<br>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.<br>Przez cały okres terapii zaleca się stosowanie skutecznej metody antykoncepcji u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**2.2 Określenie czasu leczenia sildenafilem w ramach prowadzenia terapii skojarzonej**<br>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.<br><br>**2.2 Badania inwazyjne:**<br>Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się:<br>1) co 12 -24 miesiące – nie dotyczy pacjentów z zespołem Eisenmengera;<br>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;<br>3) jeżeli:<br>a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami lub<br>b) jeżeli obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne<br>- do decyzji lekarza prowadzącego.<br><br>Wykonanie cewnikowania prawego serca nie jest wymagane u pacjentów w wieku poniżej 18 lat.<br><br>Skuteczność terapii ocenia się na podstawie cewnikowania |

| | | |
|---|---|---|
| **2.3 Kryteria wyłączenia z leczenia sildenafilem w ramach prowadzonej terapii skojarzonej:**<br>Pacjent zostaje wyłączony z leczenia sildenafilem w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów:<br>1) powikłania terapii;<br>2) udar mózgu w ciągu ostatnich 90 dni;<br>3) ostry zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 90 dni;<br>4) ciężkie niedociśnienie tętnicze (<90/50 mmHg) jeżeli nie jest objawem niewydolności prawej komory wtórnej do TNP;<br>5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybicznych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem;<br>6) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION);<br>7) ciężka niewydolności wątroby (Klasa C wg Child-Pugh);<br>8) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>9) inne okoliczności uzasadnione względami medycznymi, które wskazują na konieczność zmiany terapii na inną.<br><br>**B. Leczenie sildenafilem dzieci w wieku od 1. do 17 roku życia.**<br><br>**1. Monoterapia sildenafilem**<br><br>**1.1 Kryteria kwalifikacji dzieci do leczenia sildenafilem w monoterapii:**<br>1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg. aktualnej klasyfikacji ESC/ERS); | | prawego serca zgodnie z obowiązującymi standardami.<br><br>**II. Terapia epoprostenolem**<br>**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia epoprostenolem:**<br>**1.1 Badania nieinwazyjne:**<br>1) ocena klasy czynnościowej według NYHA;<br>2) test 6-minutowego marszu (nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory);<br>3) oznaczenie NT-pro-BNP;<br>4) badanie echokardiograficzne.<br><br>**1.2 Badania inwazyjne:**<br>1.2.1 Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną:<br>1) ciśnienia zaklinowania,<br>2) naczyniowego oporu płucnego,<br>3) pojemności minutowej,<br>4) saturacji mieszanej krwi żylnej<br>i przeprowadzeniem testów wazodylatacyjnych.<br>Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8 tygodni przed włączeniem do programu.<br>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.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia epoprostenolem**<br><br>Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym. |

| | | |
|---|---|---|
| 2) wiek od 1.do 17. roku życia;<br>3) stopień zaawansowania choroby:<br>a) II-III klasa czynnościowa według WHO lub<br>b) I klasa czynnościowa według WHO, jeżeli pacjent był wcześniej skutecznie leczony sildenafilem lub innym inhibitorem PDE5,<br>- w przypadku nietolerancji, nieskuteczności lub braku możliwości leczenia bosentanem.<br><br>Przez cały okres terapii zaleca się stosowanie skutecznej metody antykoncepcji u miesiączkujących dziewcząt.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.2 Określenie czasu leczenia sildenafilem dzieci w programie:**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączeniu z programu.<br><br>**1.3 Kryteria wyłączenia dzieci z programu:**<br>Pacjent zostaje wyłączony z leczenia sildenafilem w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów:<br>1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego);<br>2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) ciężkie zaburzenie czynności wątroby (Klasa C wg Child-Pugh);<br>4) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny;<br>5) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION); | | **2.1 Badania nieinwazyjne:**<br>1) ocena klasy czynnościowej według NYHA,<br>2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej),<br>3) oznaczenie NT-pro-BNP,<br>4) badanie echokardiograficzne (w przypadku znacznych rozbieżności wyników badań podstawowych)<br>– wykonuje się co 3 - 6 miesięcy lub<br>– w terminie wcześniejszym, zależnie od wskazań klinicznych, w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego.<br><br>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.<br><br>**2.2 Badania inwazyjne:**<br>Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się:<br>1) co 12 -24 miesiące - nie dotyczy pacjentów z zespołem Eisenmengera;<br>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);<br>3) jeżeli:<br>a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami lub<br>b) jeżeli obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne<br>– 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.**<br><br>**2.1 Kryteria kwalifikacji do zastosowania terapii skojarzonej u dzieci od 1. do 17. roku życia:**<br>Sildenafil może być stosowany łącznie z inną substancją czynną, o której mowa w programach lekowych, dotyczących leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego w przypadku kiedy:<br>1) monoterapia jakąkolwiek substancją czynną zastosowaną w ramach programów lekowych dotyczących leczenia TNP u dzieci do 17. roku życia okazała się nieskuteczna;<br>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.<br><br>Przez cały okres terapii zaleca się stosowanie skutecznej metody antykoncepcji u miesiączkujących dziewcząt.<br><br>**2.2 Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**2.3 Kryteria wyłączenia z leczenia sildenafilem:**<br>Z leczenia sildenafilem w ramach terapii skojarzonej wyłącza się pacjentów w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<br>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.<br><br>**III. Terapia macytentanem w skojarzeniu z sildenafilem**<br><br>**1. Badania przy kwalifikacji:**<br><br>**1.1 Badania nieinwazyjne**:<br>1) ocena klasy czynnościowej według NYHA;<br>2) test 6-minutowego marszu;<br>3) oznaczenie NT-pro-BNP;<br>4) badanie echokardiograficzne.<br><br>**1.2 Badania inwazyjne:**<br>1.2.1 Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną:<br>1) ciśnienia zaklinowania;<br>2) naczyniowego oporu płucnego;<br>3) pojemności minutowej;<br>4) saturacji mieszanej krwi żylnej<br>i przeprowadzeniem testów wazodylatacyjnych.<br><br>Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8 tygodni przed włączeniem do programu.<br><br>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.<br>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);<br>2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) ciężkie zaburzenie czynności wątroby (Klasa C wg Child-Pugh);<br>4) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny;<br>5) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION)<br><br>**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.**<br>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.<br><br>**II. Terapia epoprostenolem**<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji do leczenia epoprostenolem:**<br>Do leczenia w ramach programu kwalifikują się pacjenci:<br>**1.1 spełniający łącznie 4 poniższe kryteria:**<br>1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg. aktualnej klasyfikacji ESC/ERS);<br>2) brak spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym teście hemodynamicznym (według aktualnych kryteriów) lub niezadowalający skutek lub nietolerancja przewlekłego | | **2. Monitorowanie leczenia:**<br>Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym.<br>**2.1 Badania nieinwazyjne:**<br>1) ocena klasy czynnościowej według NYHA;<br>2) test 6-minutowego marszu;<br>3) oznaczenie NT-pro-BNP;<br>4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań podstawowych)<br>- 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.<br><br>**2.2 Badania inwazyjne:**<br>Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się:<br>1) co 12 - 24 miesiące (nie dotyczy pacjentów z zespołem Eisenmengera);<br>2) w sytuacji progresji choroby do IV klasy czynnościowej według NYHA, gdy rozważana jest modyfikacja leczenia w ramach terapii skojarzonej lub terapii II rzutu;<br>3) jeżeli:<br>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);<br>3) wiek od 18 lat;<br>4) IV klasa czynnościowa według NYHA w momencie rozpoznania choroby lub pomimo jej dotychczasowego leczenia<br>albo pacjenci:<br>**1.2 spełniający łącznie 5 poniższych kryteriów:**<br>1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg. aktualnej klasyfikacji ESC/ERS);<br>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);<br>3) wiek od 18 lat;<br>4) III klasa czynnościowa według NYHA;<br>5) dotychczasowe leczenie:<br>a) nieskuteczne leczenie I rzutu<br>albo<br>b) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w ramach II rzutu lub terapii skojarzonej.<br>**2. Określenie czasu leczenia epoprostenolem w programie:**<br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia. | | b) obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne<br>– do decyzji lekarza prowadzącego.<br>Skuteczność terapii ocenia się na podstawie cewnikowania prawego serca zgodnie z obowiązującymi standardami.<br>**IV. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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:**<br>1) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;<br>2) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek;<br>4) laktacja;<br>5) inne przeciwwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>6) inne okoliczności uzasadnione względami medycznymi, które wskazują na konieczność zmiany terapii na inną.<br><br>**III. Terapia macytentanem w skojarzeniu z sildenafilem**<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji do leczenia macytentanem w skojarzeniu z sildenafilem:**<br>1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wgedug aktualnej klasyfikacji ESC/ERS);<br>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);<br>3) wiek pacjenta - 18 lat i więcej;<br>4) III klasa czynnościowa według WHO;<br>5) nieskuteczna terapia sildenafilem albo tadalafilem, albo bosentanemzastosowanymi jako leczenie początkowe;<br>6) brak innych przeciwwskazań wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br><br>Czas leczenia świadczeniobiorcy w programie w ramach terapii skojarzonej macytentanem z sildenafilem określa lekarz m.in. na podstawie kryteriów wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z leczenia terapią skojarzoną macytentanem z sildenafilem:**<br><br>Zostały określone odpowiednio w punktach:<br>a) I.A. 2.3,<br>b) III. 3.1.<br><br>**3.1 Kryteria wyłączenia z leczenia macytentanem:**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) brak stosowania skutecznej metody zapobiegania ciąży przez kobiety w wieku rozrodczym;<br>3) ciąża;<br>4) karmienie piersią;<br>5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby;<br>6) wyjściowa aktywność aminotransferaz wątrobowych (AspAT lub AlAT) > 3 razy niż wartość górnej granicy normy;<br>7) brak współpracy ze strony pacjenta w zakresie prowadzenia terapii oraz okresowej kontroli;<br>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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) wiek od 18 roku życia;<br>2) wtórna nadczynność przytarczyc;<br>3) długotrwałe leczenie hemodializą z powodu schyłkowej niewydolności nerek;<br>4) przeciwwskazania do zastosowania lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. dla paratyroidektomii);<br>5) stężenie iPTH > 500pg/ml.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation);<br>2) przeszczepienie nerki;<br>3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze;<br>4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia. | **Dawkowanie parykalcytolu:**<br>Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. | **1. Monitorowanie leczenia parykalcytolem:**<br>1) stężenie iPTH - przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące;<br>2) stężenie w surowicy Ca x P;<br>3) stężenie wapnia w surowicy;<br>4) stężenie fosforu w surowicy.<br><br>**2. Monitorowanie programu:**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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;<br>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. |

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**<br><br>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.<br><br>Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.<br><br>**1.1. Kryteria kwalifikacji**<br><br>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;<br>2) wiek powyżej 45. roku życia;<br>3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);<br>4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);<br>5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych;<br>6) brak dominującego zaniku geograficznego;<br>7) brak dominującego wylewu krwi; | **1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem afliberceptem**<br><br>**1.1. Dawkowanie afliberceptu**<br><br>1) zalecana dawka afliberceptu wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;<br><br>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;<br><br>3) po pierwszych 12 miesiącach leczenia afliberceptem odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć – kolejne dawki podaje się w przypadku pogorszenia się parametrów wzrokowych lub anatomicznych;<br><br>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**<br><br>**1.1. Badania przy kwalifikacji**<br><br>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;<br>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);<br>3) fotografia dna oka;<br>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.<br><br>**1.2. Monitorowanie leczenia**<br><br>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.<br><br>**2.1. Kryteria kwalifikacji**<br><br>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;<br>2) wiek powyżej 45. roku życia;<br>3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);<br>4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);<br>5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych;<br>6) brak dominującego zaniku geograficznego;<br>7) brak dominującego wylewu krwi.<br>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).<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**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**<br><br>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<br><br>- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.<br><br>**3. Wstrzymanie podawania leku**<br><br>Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:<br><br>1) pogorszenie ostrości wzroku w najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA):<br>a) do wartości < 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS)<br><br>- w porównaniu z ostatnią oceną ostrości wzroku.<br><br>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.<br><br>2) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);<br>3) rozerwanie siatkówki;<br>4) wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi ≥ 50% całkowitej powierzchni zmiany;<br>5) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);<br>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:<br>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<br>lub<br>b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<br>- 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.<br>**2.3. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br>**2.4. Kryteria wyłączenia**<br>1) nadwrażliwość na ranibizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;<br>3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;<br>4) okres ciąży lub karmienia piersią;<br>5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;<br>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 aflibercepu – od drugiego roku leczenia, a w przypadku ranibizumabu – od pierwszego roku leczenia).<br>O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.<br>**4. Zmiana leku podczas leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem**<br>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:<br>a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych,<br>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.<br>Za brak skuteczności terapii należy uznać:<br>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);<br>8) progresja choroby definiowana jako:<br>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<br>lub<br>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;<br>lub<br>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.<br>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:**<br>1) Do programu kwalifikowani są dorośli świadczeniobiorcy (ukończony 18 r. ż.), chorzy na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C i spełniający łącznie poniższe kryteria:<br>a) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej;<br>b) obecność przeciwciał anty-HCV;<br>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;<br>d) potwierdzona obecność zakażenia genotypem:<br>- 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.<br>2. **Daklataswir** w ramach programu stosuje się:<br>1) w dawce 60 mg (1 tabletka 1 x dziennie),<br>2) wyłącznie w skojarzeniu z asunaprewirem w dawce 100 mg podawanej dwa razy dziennie (1 tabl. 2 x dziennie)<br>3) nie dłużej niż przez 24 tygodnie.<br>3. **Sofosbuwir , sofosbuwir+ledipaswir i sofosbuwir +welpataswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktów Leczniczych;<br>**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.<br>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:**<br>1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową;<br>2) morfologia krwi;<br>3) oznaczenie aktywności AlAT;<br>4) oznaczenie aktywności AspAT – dotyczy kwalifikacji do terapii daklataswirem i asunaprewirem;<br>5) oznaczenie stężenia albumin;<br>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>7) czas lub wskaźnik protrombinowy;<br>8) oznaczenie poziomu kreatyniny;<br>9) oznaczenie przeciwciał anty-HIV;<br>10) oznaczenie antygenu HBs;<br>11) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy);<br>12) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej);<br>13) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1) - jeśli nie było wykonywane wcześniej.<br>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<br>- 1b HCV- w przypadku kwalifikacji do terapii daklataswirem w skojarzeniu z asunaprewirem, albo<br>- 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem, lub welpataswirem (i ewentualnie rybawiryną), albo<br>- 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<br>- 1 lub 4 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii grazoprewirem+elbaswirem (i ewentualnie rybawiryną, albo<br>- 2,3,4,5,6 HCV- w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem (i ewentualnie rybawiryną);<br>albo<br>- 1,2,3,4,5,6 HCV – w przypadku kwalifikacji do terapii glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem.<br><br>-<br>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.<br>**Przeciwwskazania do stosowania interferonu** definiowane są jako:<br>- nadwrażliwość na interferony lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>- niewyrównana marskość wątroby; | wirusowego zapalenia wątroby typu C (ICD-10 B 18.2)" - załącznik B.2 do obwieszczenia Ministra Zdrowia<br>**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.<br>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)"<br>- załącznik B.2 do obwieszczenia Ministra Zdrowia.<br>4. **Grazoprewir+elbaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>**Rybawirynę** niezbędną do terapii skojarzonej z grazoprewirem i elbaswirem, należy stosować zgodnie ze schematem dawkowania określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego zawierającego grazoprewir+elbaswir.<br>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)"<br>- załącznik B.2. do obwieszczenia Ministra Zdrowia. | zapalenia wątroby typu C (ICD-10 B 18.2)" - załącznik B.2 do obwieszczenia Ministra Zdrowia.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia:**<br>**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,:<br>1) w 1 dniu, przed podaniem leków:<br>a) morfologia krwi;<br>b) oznaczenie aktywności AlAT;<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>2) w 4, 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) w 12, 16 i 24 tygodniu:<br>a) morfologia krwi;<br>b) oznaczenie aktywności AlAT;<br>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;<br>3) w ostatnim dniu leczenia (w 8, 12 albo 24 tygodniu terapii):<br>a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową lub ilościową;<br>b) USG jamy brzusznej;<br>4) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia (w 20, 24 albo 36 tygodniu terapii):<br>a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową. |

| | | |
|---|---|---|
| - zapalenie wątroby lub inna choroba o etiologii autoimmunologicznej;<br>- stan po przeszczepieniu wątroby lub innego narządu;<br>- pacjenci zakwalifikowani do przeszczepienia wątroby;<br>- ciężka, zwłaszcza niestabilna choroba serca, której utrudnione kontrolowanie zostało potwierdzone konsultacją kardiologiczną;<br>- zespół metaboliczny, a zwłaszcza trudna do opanowania cukrzyca, której utrudnione kontrolowanie zostało potwierdzone konsultacją endokrynologiczną;<br>- depresja, myśli samobójcze lub próby samobójcze udokumentowane badaniem psychiatrycznym;<br>- choroby tarczycy przebiegające z nieprawidłowymi wartościami TSH;<br>- niedokrwistość;<br>- małopłytkowość < 90 000 / µL;<br>- bezwzględna liczba neutrofilów <1500 / µL.<br>**Nietolerancja interferonu** definiowana jest jako wystąpienie w trakcie wcześniejszego leczenia przynajmniej jednego z poniższych stanów:<br>- nadwrażliwość na interferon lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>- schorzenie autoimmunologiczne;<br>- zaostrzenie istniejącej uprzednio choroby towarzyszącej;<br>- obniżenie wyjściowej masy ciała o więcej niż 20%;<br>- depresja, myśli samobójcze lub próby samobójcze;<br>- nieprawidłowe wartości TSH;<br>- stężenie hemoglobiny <8.5 mg%;<br>- małopłytkowość <50 000 / µL;<br>- bezwzględna liczba neutrofilów <500/µL.<br>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):<br>1) w 1 dniu, przed podaniem leków:<br>a) morfologia krwi;<br>b) oznaczenie aktywności AlAT;<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>2) w 4, 8, tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) w 12, 16 i 24 tygodniu:<br>a) morfologia krwi;<br>b) oznaczenie aktywności AlAT;<br>3) w 4 tygodniu<br>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.<br>4) na zakończenie leczenia (w 8, 12 lub 24 tygodniu terapii):<br>a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową lub ilościową,<br>b) USG jamy brzusznej;<br>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.<br>**2.3** Monitorowanie terapii daklataswirem w skojarzeniu z asunaprewirem:<br>1) w 1 dniu przed podaniem leków:<br>a) morfologia krwi;<br>b) oznaczenie wartości AlAT i AspAT;<br>c) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>2) w 2, 4, 6, 8,10, 12, oraz (jeżeli dotyczy) w 16, 20, 24 |

| | | |
|---|---|---|
| od zaawansowania choroby w obrazie histopatologicznym wątroby.<br><br>**2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu:**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocniczą;<br>2) niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w tkance wątrobowej przy obecności przeciwciał anty-HCV;<br>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;<br>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);<br>5) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających;<br>6) ciąża lub karmienie piersią;<br>7) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach:<br>a) dazabuwiru i ombitaswiru + parytaprewir + rytonawir oraz rybawiryny (o ile dotyczy) albo<br>b) daklataswiru i asunaprewiru (o ile dotyczy), albo<br>c) sofosbuwiru lub sofosbuwiru z ledipaswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem oraz pegylowanego interferonu i/lub rybawiryny (o ile dotyczy), albo<br>d) grazoprewiru+elbaswiru oraz rybawiryny (o ile dotyczy) albo<br>e) glekaprewiru w skojarzeniu z pibrentaswirem (o ile dotyczy). | | tygodniu:<br>a) oznaczenie wartości AlAT i AspAT;<br>b) morfologia krwi;<br>3) w 4 tygodniu:<br>a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową, a w przypadku wykrywalnej wiremii - dodatkowo metodą ilościową;<br>4) w 12 tygodniu:<br>a) oznaczenie aktywności GGTP;<br>b) proteinogram;<br>c) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową, a w przypadku wykrywalnej wiremii - dodatkowo metodą ilościową;<br>5) w 24 tygodniu:<br>a) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową lub jakościową;<br>b) USG jamy brzusznej;<br>6) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia:<br>a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową.<br>**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.<br>**2.5** Monitorowanie terapii grazoprewirem+elbaswirem (i ewentualnie rybawiryną):<br>1) w 1 dniu, przed podaniem leków:<br>a) morfologia krwi;<br>b) oznaczenie aktywności AlAT; |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 w trakcie leczenia;<br>2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia:<br>- w opinii lekarza prowadzącego terapię lub<br>- zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych.<br>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;<br>d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>2) w 4, 8, 12 tygodniu (oraz 16 tygodniu - w przypadku terapii trwającej 16 tygodni):<br>a) morfologia krwi;<br>b) oznaczenie aktywności AlAT;<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>3) na zakończenie leczenia:<br>a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową lub ilościową,<br>b) USG jamy brzusznej;<br>4) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia (w 24 albo 28 tygodniu terapii) wykonać oznaczenie HCV RNA metodą jakościową.<br>**2.6** Monitorowanie terapii glekaprewirem+pibrentaswirem:<br>2) w 1 dniu, przed podaniem leków:<br>a) morfologia krwi;<br>b) oznaczenie aktywności AlAT;<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;<br>5) w 4, 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) 12, 16 tygodniu:<br>a) morfologia krwi;<br>b) oznaczenie aktywności AlAT;<br>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;<br>6) na zakończenie leczenia:<br>a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową lub ilościową, |

| | | |
|---|---|---|
| | | b) USG jamy brzusznej;<br>7) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia (w 20 albo 24 albo 28 tygodniu terapii) wykonać oznaczenie HCV RNA metodą jakościową.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br>1) rozpoznanie nieresekcyjnego (stopień IIIC) lub uogólnionego (stopień IV) czerniaka;<br>2) potwierdzenie mutacji *BRAF V600* w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu;<br>3) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów RECIST;<br>4) wiek ≥ 18 lat;<br>5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>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;<br>7) wielkość odstępu QTc w badaniu EKG < 500 ms;<br>8) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z Charakterystykami Produktów Leczniczych dabrafenib i trametynib, a w szczególności:<br>- liczba białych krwinek ≥ 2000/µl;<br>- liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥ 1500/µl;<br>- liczba płytek ≥ 100 x $10^3$/µl;<br>- stężenie hemoglobiny ≥ 9 g/dl (możliwe przetoczenie KKCz); | 1. **Dabrafenib i trametynib**<br>Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych.<br><br>Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych.<br><br>W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu reakcji niepożądanych można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu.<br><br>Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą kontynuować monoterapię dabrafenibem aż do zakończenia leczenia. | **1. Badania przed włączeniem leczenia**<br>1) histologiczne potwierdzenie czerniaka zgodnie z kryteriami włączenia;<br>2) ocena obecności mutacji *BRAF V600*;<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej<br>5) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>9) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>10) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym magnezu);<br>11) elektrokardiogram (EKG);<br>12) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;<br>13) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej;<br>14) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy;<br>15) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu;<br>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;<br>17) ocena przedmiotowa całej skóry; |

| | | |
|---|---|---|
| - stężenie kreatyniny < 1,5 x GGN (górna granica normy);<br>- aktywność AST/ALT < 2,5 x GGN u pacjentów bez przerzutów do wątroby i < 5 x GGN u pacjentów z przerzutami do wątroby<br>- 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);<br>9) brak przeciwwskazań do stosowania leków określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych dabrafenib i trametynib;<br>10) brak współistniejących schorzeń uniemożliwiających leczenie;<br>11) wykluczone stosowanie jednoczesnej chemioterapii;<br>12) wykluczenie współistniejącego innego nowotworu złośliwego z wyjątkiem nowotworów złośliwych skóry;<br>13) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) Kliniczna lub potwierdzona obrazowo progresja choroby ;<br>2) toksyczność leczenia z wystąpieniem przynajmniej jednego niepożądanego działania będącego zagrożeniem życia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria);<br>3) utrzymująca się/ nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria) z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry;<br>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;<br>19) badania obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów RECIST (nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku).<br>20) Badanie okulistyczne, w tym badanie ostrości i pola widzenia oraz dna oka.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy co 8-10 tygodni;<br>2) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu u chorych ze stwierdzonymi wyjściowo przerzutami do OUN co 8-10 tygodni;<br>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;<br>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);<br>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;<br>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta;<br>7) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody na leczenie | | pierwszych 3 miesięcy leczenia, a następnie, co 3 miesiące lub częściej, odpowiednio do wskazań klinicznych.;<br>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;<br>7) pomiar temperatury ciała pacjenta podczas każdej wizyty i wywiad od pacjenta w kierunku występowania gorączek;<br>8) badanie okulistyczne, w tym dna oka, jedynie w przypadku występowania klinicznych wskazań;<br>9) badania obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów RECIST (co 8-10 tygodni).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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:<br>
1) wiek: 18 i więcej lat;<br>
2) nietrzymanie moczu z parć naglących;<br>
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;<br>
4) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane;<br>
5) niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia obserwowane przez minimum miesiąc, takie jak:<br>
a) pogorszenie się czynności nerek<br>lub<br>
b) przetrwałe nietrzymanie moczu z parć naglących,<br>lub<br>
c) pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych,<br>lub<br>
d) zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych,<br>lub
</td>
<td>
1. Dawkowanie:<br><br>
Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz.<br><br>
W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku.<br><br>
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:<br>
1) badanie fizykalne:<br>
a) badanie brzucha,<br>
b) badanie przez pochwę lub per rectum,<br>
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);<br>
2) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu;<br>
3) oznaczenie stężenia kreatyniny;<br>
4) oznaczenie stężenia mocznika;<br>
5) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć naglących z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów);<br>
6) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan);<br>
7) inne badania urodynamiczne (głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – jeśli nie były wykonywane wcześniej.<br>
2. Monitorowanie leczenia:<br>
1) celem wizyt kontrolnych jest:<br>
a) ocena skuteczności,
</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| e) pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych,<br>lub<br>nietolerancja leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc):<br>a) zaburzenia rytmu serca,<br>b) zaburzenia pamięci,<br>c) zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania, powodujące zaburzenia odżywiania,<br>d) zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku;<br>6) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby;<br>7) negatywny wywiad w kierunku nadwrażliwości na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu;<br>8) negatywny wywiad w kierunku:<br>a) neuropatii obwodowych,<br>b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona);<br>9) niestosowanie aminoglikozydów, pochodnych kurary czy innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>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,<br>c) ocena objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych,<br>d) monitorowanie w kierunku ewentualnych zakażeń dróg moczowych;<br>2) wizyty kontrolne według następującego schematu:<br>a) pierwsza wizyta po 2 tygodniach (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania),<br>b) kolejne wizyty co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.<br>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.<br>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;<br>3) w sytuacji powodzenia terapii, podania toksyny botulinowej można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy.<br>**3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>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);<br>2) nieprowadzenie dzienniczka mikcji;<br>3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonania czystego przerywanego cewnikowania;<br>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**<br>1) zdiagnozowane oraz udokumentowane przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) wg aktualnej klasyfikacji ESC/ERS,<br>2) spełnienie jednego z dwóch poniższych kryteriów:<br>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).<br>lub<br>b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym. Przetrwałe CTEPH to utrzymujące się nadciśnienie | Schemat dawkowania riocyguatu zgodny z informacjami zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>Dawkę podaje się trzy razy na dobę po jednej tabletce. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Badania nieinwazyjne:<br>a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,<br>b) test 6-minutowego marszu,<br>c) oznaczenie NT-pro-BNP,<br>d) badanie echokardiograficzne.<br>2) Badania inwazyjne:<br>- 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.<br>3) Badania obrazowe:<br>a) arteriografia tętnic płucnych oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań:,<br>a) MRI,<br>b) Angio CT;<br>c) scyntygrafia płuc.<br>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<br>a) MRI,<br>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.<br>3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej ≥30 mm Hg i naczyniowy opór płucny ≥ 300 dyn*sec*cm$^{-5}$ (lub 3,75 jednostki Wooda),<br>4) klasa czynnościowa: od II do III według WHO,<br>5) wiek świadczeniobiorcy: 18 lat i powyżej.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia i przeciwskazania do włączania do programu**<br>Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<br>1) jednoczesne podawanie z inhibitorami PDE-5 (takimi jak sildenafil, tadalafil, wardenafil),<br>2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh),<br>3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą,<br>4) ciąża,<br>5) jednoczesne podawanie z azotanami lub lekami uwalniającymi tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu) w jakiejkolwiek postaci,<br>6) pacjenci ze skurczowym ciśnieniem krwi <95 mm Hg na początku leczenia,<br>7) choroba układu oddechowego z niewydolnością oddychania (w tym zwłaszcza skłonność do retencji dwutlenku węgla) jako dominująca przyczyna nadciśnienia | | c) scyntygrafia płuc.<br>W przypadkach wątpliwych może być konieczne wykonanie wszystkich powyższych badań.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>W okresie dostosowywania dawki wizyty kontrolne odbywają się co 2 tygodnie +/- 2 dni.<br>Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym.<br><br>1) Badania nieinwazyjne:<br>a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,<br>b) test 6-minutowego marszu,<br>c) oznaczenie NT-pro-BNP.<br>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.<br><br>2) Badania inwazyjne:<br>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:<br>– co 24 - 48 miesięcy,<br>– w przypadku pogorszenia dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych lub przeszczepu płuc, jeśli terapia taka jest rozważana i możliwa. |

| | | |
|---|---|---|
| płucnego,<br>8) niewydolność lewej komory serca (w tym zwłaszcza z zaklinowanym ciśnieniem w tętnicy płucnej > 15 mmHg) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego,<br>9) brak skuteczności leczenia – jako kryterium wyłączenia. | | **3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia,<br>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,<br>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)

| 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 ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) wiek 18 lat i więcej;<br>2) rozpoznanie ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA);<br>3) ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia;<br>4) wysoka aktywność choroby (2.1.);<br>5) nieskuteczność lub przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję (2.2.).<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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 | Dawkowanie i sposób podawania rytuksymabu – zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br><br>W trakcie i po zakończeniu podawania rytuksymabu zalecane jest stosowanie standardowego leczenia podtrzymującego remisję.<br><br>Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 12 miesięcy od zakończenia leczenia rytuksymabem.<br><br>Kobiety nie powinny karmić piersią w trakcie leczenia rytuksymabem oraz 12 miesięcy po jego zakończeniu. | **1. Badania przy kwalifikacji do programu:**<br>1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) OB;<br>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>8) białko C-reaktywne (CRP);<br>9) kreatynina;<br>10) eGFR;<br>11) przeciwciała anty-HCV;<br>12) przeciwciała anty-HBc;<br>13) obecność antygenu HBs;<br>14) przeciwciała anty-HIV;<br>15) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);<br>16) stężenie immunoglobulin:<br>a) IgG,<br>b) IgM,<br>c) IgA;<br>17) EKG; |

| | | |
|---|---|---|
| z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA).<br><br>**2. Definicje:**<br>**2.1. Wysoka aktywność choroby to:**<br>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<br>lub<br>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.<br><br>**2.2. Nieskuteczność terapii standardowej to:**<br>1) brak poprawy definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby w skali BVAS/WG o co najmniej 50% po 3 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego<br>albo<br>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,<br>albo<br>3) wczesny nawrót choroby definiowany jako nawrót dotychczasowych objawów lub wystąpienie nowych potwierdzony wzrostem aktywności choroby w skali BVAS/WG $\geq$ 3 w trakcie pierwszych 6 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego remisję,<br>albo | | 18) RTG lub TK klatki piersiowej (do 1 miesiąca przed kwalifikacją);<br>19) Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia rytuksymabem.**<br>**2.1. Pacjenta poddaje się ocenie bezpieczeństwa i skuteczności terapii po 90 i 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem wykonując następujące badania:**<br>1) badanie ogólne moczu;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>4) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>5) eGFR;<br>6) kreatynina.<br><br>**2.2. Oprócz badań wymienionych w pkt 2.1 po 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem należy wykonać następujące badania:**<br>1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;<br>2) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);<br>3) OB;<br>4) białko C-reaktywne (CRP);<br>5) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);<br>6) stężenie immunoglobulin:<br>a) IgG,<br>b) IgM,<br>c) IgA;<br>7) EKG;<br>8) RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza).<br><br>**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.<br><br>**2.3. Standardowe leczenie indukujące remisję to:**<br>1) cyklofosfamid podawany doustnie w dawce 2 mg/kg/dobę (max. 200 mg/dobę) przez 3-6 miesięcy<br>lub<br>2) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach po 0,75 g/m$^2$ powierzchni ciała co 4 tygodnie przez 6 miesięcy,<br>lub<br>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)<br>- w skojarzeniu z odpowiednimi dawkami glikokortykosteroidów.<br><br>Dawki cyklofosfamidu mogą być odpowiednio zmodyfikowane w przypadku:<br>a) upośledzenia funkcji nerek<br>lub<br>b) wieku > 60 lat,<br>lub<br>c) polekowej cytopenii.<br><br>**2.4. Standardowe leczenie podtrzymujące remisję to:**<br>1) azatiopryna w dawce 2 mg/kg/dobę<br>lub<br>2) metotreksat w dawce 25 mg/tydzień,<br>lub<br>3) leflunomid w dawce 20 mg/dobę,<br>lub<br>4) mykofenolan mofetylu w dawce 3 g/dobę | | 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;<br>2) badanie ogólne moczu;<br>3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) OB;<br>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>8) białko C-reaktywne (CRP);<br>9) kreatynina;<br>10) eGFR;<br>11) przeciwciała anty-HCV;<br>12) obecność antygenu HBs;<br>13) stężenie immunoglobulin:<br>a) IgG,<br>b) IgM,<br>c) IgA;<br>14) EKG;<br>15) RTG lub TK klatki piersiowej (do 3 miesiąca przed podaniem leku).<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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.<br>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).<br><br>**2.5. Przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję to:**<br>1) nadwrażliwość na cyklofosfamid;<br>2) udokumentowane działania niepożądane cyklofosfamidu;<br>3) choroby powodujące zastój w drogach żółciowych;<br>4) czynne zakażenia;<br>5) ciąża.<br><br>**2.6. Adekwatna odpowiedź na leczenie to:**<br>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.<br><br>**3. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów**<br>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.<br><br>W przypadku przerwy w leczeniu dłuższej niż 6 miesięcy chory wymaga ponownej kwalifikacji do programu.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6 miesiącach od podania rytuksymabu; | | |

| | | |
|---|---|---|
| 2) nadwrażliwość na substancję czynną rytuksymab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) ciąża;<br>4) okres karmienia piersią;<br>5) aktywne zakażenie bakteryjne, wirusowe, grzybicze lub pasożytnicze o ciężkim przebiegu;<br>6) infekcja wirusem HIV;<br>7) aktywna gruźlica;<br>8) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C;<br>9) zakażenia oportunistyczne w okresie ostatnich 3 miesięcy;<br>10) znaczne obniżenie odporności, m.in.<br>a) hipogammaglobulinemia (IgG <400 mg/dl),<br>lub<br>b) niedobór IgA (IgA <10 mg/dl);<br>11) choroba nowotworowa (obecnie lub w okresie ostatnich 5 lat):<br>a) po lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym niezależnie od kategorii uzyskanej odpowiedzi<br>lub<br>b) po leczeniu o założeniu radykalnym, którym nie uzyskano całkowitej remisji choroby;<br>12) ciężka niewydolność serca (klasa IV NYHA) lub ciężka, niekontrolowana choroba serca;<br>13) zaawansowana niewydolność płuc, nerek lub wątroby - niewynikająca z przebiegu GPA/MPA.<br><br>**5. Kryteria zakończenia leczenia w programie:**<br>uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6 miesiącach od podania rytuksymabu.<br><br>**6. Kryteria wznowienia leczenia pacjentów w programie:**<br>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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozynemii typu 1 (HT-1).<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br><br>1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą;<br>2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu;<br>3) brak skuteczności leczenia;<br>4) przeszczepienie wątroby; | **1. Dawkowanie nityzynonu**<br>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**<br>1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu;<br>2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;<br>3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny<br>4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;<br>5) morfologia krwi, z płytkami krwi;<br>6) AlAT, AspAT;<br>7) bilirubina całkowita i frakcje;<br>8) fosfataza alkaliczna;<br>9) GGTP;<br>10) INR;<br>11) czas protrombinowy;<br>12) APPT;<br>13) białko całkowite, albuminy we krwi;<br>14) gazometria;<br>15) sód, potas, chlorki we krwi;<br>16) wapń, fosfor we krwi i moczu;<br>17) mocznik, kreatynina we krwi;<br>18) kwas moczowy we krwi i moczu;<br>19) kreatynina w moczu;<br>20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;<br>21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej; |

| | | |
|---|---|---|
| 5) inne przeciwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu. | | 22) konsultacja dietetyczna.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>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:<br>1) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;<br>2) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny;<br>3) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;<br>4) morfologia krwi, z płytkami krwi;<br>5) AlAT, AspAT;<br>6) bilirubina całkowita i frakcje;<br>7) fosfataza alkaliczna;<br>8) GGTP;<br>9) INR;<br>10) czas protrombinowy;<br>11) APPT;<br>12) białko całkowite, albuminy we krwi;<br>13) gazometria;<br>14) sód, potas, chlorki we krwi;<br>15) wapń, fosfor we krwi i moczu;<br>16) mocznik, kreatynina we krwi;<br>17) kwas moczowy we krwi i moczu;<br>18) kreatynina w moczu;<br>19) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;<br>20) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;<br>21) konsultacja dietetyczna. |

| | | |
|---|---|---|
| | | W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br><br>**1.1 Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia brentuksymabem w ramach programu kwalifikują się pacjenci z potwierdzonym histologicznie chłoniakiem Hodgkina spełniający poniższe kryteria łącznie:<br><br>1) Nawrotowy lub oporny na leczenie HL<br>a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ang. *autologous stem celi transplantation,*ASCT)<br>lub<br>b) po co najmniej dwóch wcześniejszych terapiach, w przypadku, gdy ASCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia;<br>2) Potwierdzona histologicznie obecność antygenu CD30;<br>3) Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>4) Nieobecność przeciwskazań do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej.<br><br>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.<br>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.<br><br>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.<br><br>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.<br><br>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:**<br><br>1) Badanie podmiotowe i przedmiotowe;<br>2) Morfologia krwi z rozmazem;<br>3) Poziom aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);<br>4) Stężenie kreatyniny;<br>5) Stężenie glukozy;<br>6) Udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym;<br>7) Badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej.<br><br>**2. Badania wykonywane przed każdym podaniem leku:**<br><br>1) Badanie podmiotowe i przedmiotowe;<br>2) Morfologia krwi z rozmazem;<br>3) Stężenie kreatyniny;<br>4) Poziom aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);<br>5) Stężenie glukozy.<br><br>**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:<br><br>1) Nawrotowy lub oporny na leczenie sALCL;<br>2) Potwierdzona histologicznie obecność antygenu CD30;<br>3) Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;<br>4) Nieobecność przeciwskazań do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej.<br><br>**1.2 Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów zakończenia udziału w programie.<br><br>**1.3. Kryteria wyłączenia z udziału w programie dla HL lub sALCL:**<br><br>1) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na brentuksymab vedotin lub którykolwiek ze składników preparatu;<br>2) Toksyczność według WHO powyżej 3;<br>3) Progresja choroby podczas leczenia (wg kryteriów zawartych w kol. 3 ust. 4), nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia;<br>4) Brak częściowej odpowiedzi po ośmiu cyklach leczenia;<br>5) Podanie szesnastu cykli leczenia;<br>6) Ciąża. | | TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu<br><br>**4. Kryteria odpowiedzi na leczenie:**<br><br>Ocena odpowiedzi na leczenie będzie się odbywała na podstawie:<br><br>1) Badanie podmiotowe i przedmiotowe;<br>2) Badanie obrazowe – TK lub PET/TK.<br><br>**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.):***<br><br>1) Całkowita odpowiedź: ustąpienie objawów choroby oraz całkowita regresja zmian chorobowych w badaniu obrazowym lub negatywny wynik badania FDG-PET;<br>2) Częściowa odpowiedź: redukcja wymiarów zmian chorobowych o ≥50% w badaniu obrazowym;<br>3) Stabilizacja choroby: zmiany wymiarów zmian o <50%;<br>4) Progresja choroby: wzrost wymiarów zmian ≥50% lub wystąpienie nowych zmian.<br><br>**5. Monitorowanie programu**<br><br>1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych;<br>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.<br>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:**<br><br>1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej;<br>2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności;<br>3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6);<br>4) wiek ≥ 18 lat.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**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)<br><br>**2. Sposób podania:** podskórnie (SCIg)<br><br>**3. Dawkowanie:**<br><br>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.<br><br>**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:**<br><br>1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) poziom glukozy w surowicy krwi;<br>4) oznaczenie w żylnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych;<br>5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP);<br>6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR;<br>7) poziom białka C-reaktywnego (CRP);<br>8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia:**<br><br>1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej<br>lub<br><br>2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej<br>lub<br>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);<br>12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego<br>13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji:**<br><br>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną przewlekłą białaczką limfocytową CD20+ spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:<br>1) wiek 18 lat i powyżej;<br>2) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;<br>3) przeciwwskazania (z powodu chorób współistniejących) do leczenia opartego na pełnej dawce fludarabiny;<br>4) parametry:<br>a) CrCl (Creatine Clearance): >30ml/min oraz < 70 ml/min lub<br>b) liczba punktów wg skali CIRS > 6;<br>5) stan sprawności według WHO: 1;<br>6) obecność wskazań do rozpoczęcia leczenia wg propozycji International Workshop on Chronić Lymphocytic Leukemia updating (he National Cancer Institute-Working Group (WCLL);<br>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.<br><br>**2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:** | **Dawkowanie obinutuzumabu:**<br>**1) Cykl 1.**<br>Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg - podaje się w 1.-2. dniu, 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.<br>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.<br><br>**2) Cykl 2 - 6**<br>Zalecaną dawkę obinutuzumabu -1000 mg podaje się w 1. dniu cyklu.<br><br>Obinutuzumab stosowany jest w skojarzeniu z chlorambucylem. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br><br>**1.1** Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonane wcześniej:<br>1) badanie na obecność antygenu CD20;<br>2) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;<br>3) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita);<br>4) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta;<br>5) ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS.<br><br>**1.2** Badania przesiewowe w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu B zawierające co najmniej testy w kierunku HBsAg i HBcAb;<br>**1.3** Test ciążowy<br><br>**2. Monitorowanie leczenia:**<br><br>Przed każdym podaniem leku:<br>1) morfologia krwi ze wzrostem odsetkowym;<br>2) stężenie kreatyniny;<br>3) stężenie kwasu moczowego;<br>4) aktywność AST, ALT;<br>5) stężenie bilirubiny całkowitej. |

| | | |
|---|---|---|
| 1) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy;<br>2) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy;<br>3) niewydolność co najmniej jednego narządu/układu ocenioną na 4 wg klasyfikacji CIRS, z wyjątkiem zaburzeń oczu, uszu, nosa, gardła i krtani.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie:**<br><br>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia.<br>Maksymalny czas leczenia wynosi 6 cykli.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br><br>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab lub którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie;<br>2) progresja choroby w trakcie leczenia;<br>3) obecność objawów ciężkiego zakażenia;<br>4) ciąża;<br>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).<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;<br>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;<br>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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1) histologiczne rozpoznanie surowiczego raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;<br>2) obecność mutacji w genie BRCA1 i/lub w BRCA2 (dziedzicznej i (lub) somatycznej);<br>3) chore platynowrażliwe (nawrót w okresie > 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny);<br>4) chore, które otrzymały co najmniej dwie linie leczenia schematami chemioterapii zawierającymi pochodne platyny (np. karboplatynę, cisplatynę);<br>5) obiektywna odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny (odpowiedź całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST);<br>6) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG;<br>7) wiek powyżej 18 roku życia;<br>8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: | Leczenie olaparybem powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz doświadczony w stosowaniu przeciwnowotworowych produktów leczniczych.<br><u>Dawkowanie</u><br>Zalecana dawka olaparybu wynosi 400 mg (osiem kapsułek) dwa razy na dobę, co odpowiada całkowitej dawce dobowej 800 mg.<br>Chore powinny rozpocząć leczenie olaparybem nie później niż 8 tygodni po podaniu ostatniej dawki leków w schemacie zawierającym pochodne platyny.<br>Zaleca się kontynuowanie leczenia do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej.<br><u>Dostosowanie dawkowania</u><br>Stosowanie leku można przerwać w celu opanowania działań niepożądanych takich jak nudności, wymioty, biegunka i niedokrwistość; można również rozważyć zmniejszenie dawki leku. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia olaparybem:**<br>1) potwierdzenie uzyskania obiektywnej odpowiedzi na leczenia schematem chemioterapii zawierającym pochodne platyny zastosowanym w fazie nawrotu (odpowiedź całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST):<br>a) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie w surowicy stężenia:<br>a) kreatyniny;<br>b) bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);<br>5) test ciążowy (u kobiet w okresie prokreacyjnym, u których nie wykonano radykalnego wycięcia narządu rodnego);<br>6) oznaczenie stężenia CA125;<br>7) inne badania w razie wskazań klinicznych. |

| | | |
|---|---|---|
| a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;<br>b) liczba leukocytów większa lub równa 3,0 x $10^9$/l;<br>c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1,5 x $10^9$/l;<br>d) liczba płytek krwi większa lub równa 100 x $10^9$/l;<br>9) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta);<br>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby);<br>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;<br>10) wykluczenie ciąży.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**1.1. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Leczenie do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej (wg RECIST).<br><br>**1.2. Kryteria wyłączenia z programu:** | Zalecana dawka zredukowana wynosi 200 mg dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 400 mg).<br>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).<br><u>Sposób podawania</u><br>Olaparyb jest przeznaczony do podawania doustnego.<br>Olaparyb należy przyjmować co najmniej jedną godzinę po posiłku i powstrzymać się od jedzenia przez co najmniej dwie godziny od przyjęcia leku.<br><br>Modyfikacje dawkowania oraz rytmu podawania leków zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktów Leczniczych. | **2. Monitorowanie leczenia olaparybem:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenie stężenia w surowicy:<br>a) kreatyniny;<br>b) bilirubiny;<br>3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);<br>4) inne badanie w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się co 1 miesiąc.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia olaparybem:**<br>1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;<br>2) oznaczenie stężenia CA125;<br>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się:<br>1) w trakcie leczenia olaparybem, nie rzadziej niż co 3 miesiące;<br>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;<br>2) progresja choroby podstawowej w trakcie leczenia (wg RECIST);<br>3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu ≥ 3 według klasyfikacji NCI CTC;<br>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;<br>3) w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badanie stężenia CA125 wykonuje się nie rzadziej niż co 1 miesiąc.<br><br>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST.<br><br>**4. Monitorowanie programu:**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej chorej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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)

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| 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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji**<br><br>1.1 Rozpoznanie:<br>a) pierwotnej mielofibrozy (PMF)<br>lub<br>b) mielofibrozy w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF), lub<br>c) mielofibrozy w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF)<br>– 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);<br>1.2 Pacjenci z grupy ryzyka:<br>a) pośredniego – 2<br>lub<br>b) wysokiego<br>– wg IPSS (ang. International Prognostic Scoring System);<br>1.3 Splenomegalia (powiększenie śledziony ≥5 cm poniżej lewego łuku | **1. Dawkowanie ruksolitynibu:**<br><br>Dawkowanie leku odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem**<br><br>1.1 badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:<br>a) oceny wielkości śledziony,<br>b) masy ciała,<br>c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS:<br>— poty nocne (≥4 pkt),<br>— utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt),<br>— gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt),<br>— bóle kostne (≥4 pkt),<br>— świąd (≥4 pkt),<br>— zmęczenie (≥4 pkt);<br>1.2 morfologia krwi z rozmazem ocenionym mikroskopowo;<br>1.3 aktywność transaminaz wątrobowych;<br>1.4 stężenie bilirubiny;<br>1.5 stężenie kreatyniny w surowicy;<br>1.6 trepanobiopsja szpiku, jeżeli nie była wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją; |

| | | |
|---|---|---|
| żebrowego) w badaniu palpacyjnym oraz w badaniu ultrasonograficznym;<br>1.4 Pacjenci z liczbą płytek krwi > 50 tysięcy/µl;<br>1.5 Wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS:<br>a) poty nocne (≥4 pkt),<br>b) utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt),<br>c) gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt),<br>d) bóle kostne(≥4 pkt),<br>e) świąd (≥4 pkt),<br>f) zmęczenie (≥4 pkt);<br>1.6 Wiek: 18 lat i więcej;<br>1.7 Stan sprawności:<br>a) od 0 do 2, oceniany wg Eastern Cooperative Oncology Group lub<br>b) od 1- 2 wg WHO<br>– w momencie włączenia do programu;<br>1.8 Brak wcześniejszej splenektomii;<br>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;<br>1.10 Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>a) wyniki badań czynności wątroby:<br>— stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2- krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),<br>— aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy,<br>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. | | 1.7 USG jamy brzusznej z oceną wymiarów śledziony.<br>**2. Monitorowanie leczenia ruksolitynibem:**<br>2.1. badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:<br>a) oceny wielkości śledziony,<br>b) masy ciała,<br>c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS:<br>— poty nocne (≥4 pkt),<br>— utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt),<br>— gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt),<br>— bóle kostne (≥4 pkt),<br>— świąd (≥4 pkt),<br>— zmęczenie (≥4 pkt);<br>2.2. morfologia krwi;<br>2.3. aktywność transaminaz wątrobowych;<br>2.4. stężenie bilirubiny;<br>2.5. stężenie kreatyniny w surowicy;<br>2.6. USG jamy brzusznej z oceną wymiarów śledziony.<br><br>Częstość wykonywania badań:<br>1) morfologia krwi i parametry biochemiczne:<br>a) co 2-4 tygodnie – do czasu ustabilizowania dawki ruksolitynibu, a następnie w zależności od wskazań klinicznych oraz zgodnie z zasadami określonymi w ChPL;<br>b) co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby – u pacjentów z niewydolnością wątroby;<br>2) wszystkie badania kontrolne: |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>3.1 Brak lub utrata odpowiedzi po leczeniu rozumiane jako:<br>a) brak jakiegokolwiek zmniejszenia w badaniu przedmiotowym powiększonej w momencie kwalifikacji śledziony – po 3 miesiącach leczenia,<br>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<br>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:<br>— 3 miesiącach leczenia lub<br>— 6 miesiącach leczenia, lub<br>— każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia;<br>3.2 Nieakceptowalna toksyczność, nieustępująca pomimo redukcji dawki leku i przerw w leczeniu według zasad określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>3.3 Transformacja w ostrą białaczkę;<br>3.4 Utrata uzyskanej odpowiedzi na terapię po każdych 6 miesiącach leczenia. | | a) po 3 miesiącach leczenia, następnie<br>b) po 6 miesiącach leczenia, następnie<br>c) nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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:**<br>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.<br>2) Do programu kwalifikuje się:<br>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<br>i | **1. Dawkowanie:**<br>1) Certolizumab pegol należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.<br>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:**<br>1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;<br>2) morfologia krwi;<br>3) płytki krwi (PLT);<br>4) odczyn Biernackiego (OB);<br>5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>7) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);<br>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;<br>11) obecność antygenu HBs;<br>12) przeciwciała anty-HCV;<br>13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);<br>14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>15) EKG z opisem;<br>16) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza brak zmian radiograficznych typowych dla ZZSK;<br>17) MR stawów krzyżowo-biodrowych, który potwierdza obecność aktywnych zmian zapalnych według ASAS.<br><br>**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:<br>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;<br>2) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby:<br>a) sulfasalazyna w dawce 2-3 g/dobę lub maksymalnej tolerowanej;<br>b) metotreksat w dawce 25 mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej;<br>przez okres minimum 4 miesięcy każdym oraz po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów;<br>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<br>lub<br>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:<br>a) morfologię krwi;<br>b) odczyn Biernackiego (OB);<br>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);<br>d) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>e) AspAT i AlAT<br>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania powtarzać po każdych kolejnych 180 dniach (± 28 dni).<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br><br>3) Aktywną postać choroby stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria:<br>3.1 w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa:<br>1) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS ≥ 2,1 w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;<br>2) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;<br>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:<br>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;<br>b) w ocenie eksperta uwzględnia się:<br>- obraz kliniczny choroby,<br>- czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,<br>- wyniki badania wskaźników ostrej fazy,<br>- wyniki badań obrazowych,<br>- status aktywności zawodowej,<br>- występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,<br>- współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi | | |

| | | |
|---|---|---|
| zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia;<br>c) ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS;<br>3.2 w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych i/lub przyczepów ścięgnistych:<br>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<br>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<br>3) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz<br>4) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz<br>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,<br>- czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,<br>- wyniki badania wskaźników ostrej fazy,<br>- wyniki badań obrazowych,<br>- status aktywności zawodowej,<br>- występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,<br>- współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia.<br><br>4) Rodzaj zmian koniecznych do stwierdzenia sacroilitis w obrazie rezonansu magnetycznego:<br>4.1 uwidocznienie aktywnych zmian zapalnych w stawach krzyżowo-biodrowych w obrazie MR wg ASAS;<br>4.2 jednoznaczne uwidocznienie obrzęku szpiku kostnego wykazane w sekwencji prepulsowej typu STIR<br>lub<br>wykazanie osteitis w badaniu T1 post Gd, silnie sugerujące SpA i zlokalizowane w typowych miejscach anatomicznych (podchrzęstnie lub w okołostawowym szpiku kostnym);<br>4.3 brak spełnienia kryteriów dodatniego wyniku MR wg ASAS koniecznych do stwierdzenia sacroilitis w obrazie MR następuje w przypadku wykazania:<br>1) obecności wyłącznie innych zmian zapalnych, takich jak: zapalenie błony maziowej, przyczepów ścięgnistych lub torebki stawowej bez obrzęku szpiku/osteitis,<br>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;<br>4.4 liczba wymaganych sygnałów:<br>1) jeżeli jest tylko jeden sygnał (zmiana) w każdym przekroju sugerujący aktywne zapalenie, zmiana musi być obecna co najmniej w dwóch kolejnych przekrojach,<br>2) jeżeli jest więcej niż jeden sygnał w pojedynczym przekroju, jeden przekrój może być wystarczający.<br><br>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.<br>6) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.<br><br>**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu:**<br>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.<br><br>**3. Adekwatna odpowiedź na leczenie:**<br>1) w przypadku postaci osiowej:<br>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,<br>b) po 6 miesiącach (± 28 dni) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3;<br>2) w przypadku postaci obwodowej:<br>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,<br>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.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3;<br>2) brak utrzymania kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących;<br>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;<br>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.<br><br>**5. Czas leczenia w programie:** | | |

| | | |
|---|---|---|
| 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br><br>**6. Kryteria ponownego włączenia do programu:**<br>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.<br>2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby.<br>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**<br><br>1) do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie następujące kryteria:<br>a) w wieku ≥ 18 roku życia,<br>b) po przebytym niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu w okresie co najmniej 3 miesięcy przed włączeniem do programu, udokumentowanym wypisem ze szpitala,<br>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,<br>d) pacjent zdolny do przyjęcia pozycji stojącej;<br>2) do programu nie kwalifikuje się pacjentów w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów:<br>a) nasilone zaburzenia połykania lub zaburzenia oddechowe,<br>b) ciąża, | **1. Dawkowanie**<br><br>**1.1 Botulinum A toxin ā 100j. (Botox)**<br>1) zalecana dawka w leczeniu spastyczności kończyny dolnej obejmującej staw skokowy wynosi dla jednej kończyny 300 j. podzielonych pomiędzy 3 mięśnie;<br>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:<br>a) mięsień brzuchaty łydki, głowa przyśrodkowa 75 j., 3 miejsca,<br>b) mięsień brzuchaty łydki, głowa boczna 75 j., 3 miejsca,<br>c) mięsień płaszczkowaty, 75 j., 3 miejsca,<br>d) mięsień piszczelowy tylny 75 j., 3 miejsca;<br>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**<br><br>1) badanie neurologiczne:<br>a) ocena spastyczności w skali MAS,<br>b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0-5 w poszczególnych grupach mięśniowych),<br>c) opisowa ocena zdolności przyjęcia pozycji stojącej i chodu;<br>2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR w dniu podania ≤ 2,5).<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br><br>Podczas wizyt kontrolnych, o których mowa w pkt. 3 w kolumnie „Świadczeniobiorcy”, przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku wykonuje się:<br><br>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),<br>d) objawy uogólnionego zakażenia,<br>e) obecność stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania,<br>f) utrwalone przykurcze w tkankach miękkich i stawach;<br>3) kwalifikacja pacjenta do programu następuje kiedy pacjent ma wyznaczony termin rozpoczęcia rehabilitacji medycznej potwierdzony przez podmiot udzielający świadczeń rehabilitacyjnych;<br>4) rozpoczęcie rehabilitacji medycznej musi nastąpić najpóźniej do 4 tygodni od podania leku.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>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).<br>W przypadku wystąpienia u pacjenta przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu, pacjent zostaje wyłączony z programu bez zbędnej zwłoki.<br><br>**3. Podawanie leku w ramach programu**<br><br>1) leczenie w programie obejmuje maksymalnie do 6 podań leku w okresie do 2 lat (lub do 12 podań w okresie do 4 lat);<br><br>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)**<br>1) maksymalna dawka jednorazowa wynosi 1500 j.;<br>2) lek podaje się wielopunktowo (z wyjątkiem małych mięśni) w zakresach dawek zgodnych z obowiązującą Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz zgodnie z doświadczeniem klinicznym podającego:<br>a) mięsień płaszczkowaty, 300 - 550 j.<br>b) mięsień brzuchaty łydki, głowa przyśrodkowa 100 – 450 j.<br>c) mięsień brzuchaty łydki, głowa boczna 100 – 450 j.<br>d) mięsień piszczelowy tylny, 100 – 250 j.<br>e) mięsień zginacz długi palców, 50 – 200 j.<br>f) mięsień zginacz krótki palców, 50 – 200 j.<br>g) mięsień zginacz długi palucha, 50 – 200 j.<br>h) mięsień zginacz krótki palucha, 50 – 100 j.<br>3) częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta - maksymalnie 3 razy w okresie roku, nie częściej niż co 12 tygodni.<br><br>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);<br>3) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0-5 w poszczególnych grupach mięśniowych);<br>4) opisową ocenę czynności stania i chodu;<br><br>5) w dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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:<br>a) wizyta kontrolna powinna odbyć się po 4-8 tygodniach po każdorazowym podaniu leku,<br>b) kolejna wizyta kontrolna bezpośrednio przed oczekiwanym kolejnym podaniem leku – najwcześniej po 12 tygodniach od podania poprzedniej dawki leku.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;<br>2) utrwalony przykurcz kończyny dolnej w zakresie stawu skokowego;<br>3) potwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego;<br>4) objawy uogólnionego zakażenia;<br>5) ciężkie zaburzenia połykania i oddychania;<br>6) ciąża lub karmienie piersią;<br>7) wystąpienie stanu zapalnego w okolicy miejsca podania;<br>8) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku;<br>9) wszczepienie pompy baklofenowej;<br>10) przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy);<br>11) powstanie oporności na lek;<br>12) brak rehabilitacji pacjenta w okresie między kolejnymi podaniami leku (co najmniej raz w ciągu każdych 12 miesięcy leczenia);<br>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**<br>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.<br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie. | **1. Dawkowanie:**<br>Zalecana dawka początkowa lenalidomidu: 10 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 w powtarzanych 28 - dniowych cyklach.<br>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br><br>UWAGA:<br>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**<br>1) morfologia krwi;<br>2) AspAT, AlAT;<br>3) stężenie bilirubiny;<br>4) stężenie kreatyniny;<br>5) klirens kreatyniny<br><br>Badania winny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.<br>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.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>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.<br>Co 6 miesięcy: badanie cytogenetyczne.<br><br>**3. Monitorowanie programu:** |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo**<br>1) bezwzględna liczba neutrofili <0,5x10$^9$/l lub liczba płytek krwi <25x10$^9$/l;<br>2) ciąża;<br>3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);<br>4) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.<br><br>**4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>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;<br>2) ponowne uzależnienie od przetoczeń kkcz lub wzrost zapotrzebowania na przetoczenia kkcz;<br>3) wystąpienie toksyczności na nieakceptowalnym poziomie, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;<br>4) progresja choroby podstawowej (MDS);<br>5) ciąża. | | 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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<br>W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE<br>W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji do programu:<br>Do leczenia w pierwszej linii nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą w skojarzeniu z gemcytabiną do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria:<br>1) rozpoznanie przerzutowego gruczolakoraka trzustki w stadium uogólnienia, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie (leczenie nie dotyczy chorych z rozpoznaniem nowotworu wysp trzustkowych);<br>2) stopień sprawności według skali Karnofsky’ego – 70 lub więcej;<br>3) wiek 18 lat lub powyżej;<br>4) wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o paliatywnym założeniu (leczenie w sytuacji uogólnienia choroby);<br>5) brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX;<br>6) obecność zmian nowotworowych możliwych do zmierzenia;<br>7) prawidłowe wskaźniki czynności wątroby i nerek:<br>a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych,</td>
<td>1. Dawkowanie:<br>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:<br>1) TK brzucha i miednicy;<br>2) RTG klatki piersiowej;<br>3) TK innej lokalizacji, w zależności od umiejscowienia przerzutów;<br>4) morfologia krwi;<br>5) poziom AspAT i AlAT;<br>6) stężenie bilirubiny;<br>7) stężenie kreatyniny;<br>8) EKG.<br>Badania przy kwalifikacji winny być wykonywane w okresie nie dalszym niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie.<br><br>2. Monitorowanie leczenia:<br>1) przed każdym podaniem leku w programie wykonuje się następujące badania:<br>a) morfologia krwi;<br>b) poziom AspAT i AlAT;<br>c) stężenie bilirubiny;<br>d) stężenie kreatyniny;<br>e) EKG<br>oraz dokonuje się oceny neurologicznej pacjenta;</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| b) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych;<br>8) wartość stężenia hemoglobiny – 10 g/dl lub większa.<br><br>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.<br><br>**2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu:**<br>Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów:<br>1) liczba neutrofili mniejsza niż 1500 w $mm^3$ lub liczba płytek krwi mniejsza niż 100 000 w $mm^3$;<br>2) ciąża;<br>3) laktacja.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów zakończenia udziału w programie.<br>Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**4. Kryteria zakończenia udziału w programie:**<br>Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: | | 2) co 2 cykle leczenia wykonuje się:<br>a) TK brzucha i miednicy lub MR jamy brzusznej;<br>b) RTG klatki piersiowej;<br>c) TK innej lokalizacji, w zależności od potrzeby klinicznej tj. umiejscowienia zmian przerzutowych;<br>d) w szczególnych, uzasadnionych klinicznie przypadkach, wykonuje się badanie PET/CT.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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;<br>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;<br>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..*<br><br>**1.1 Kryteria kwalifikacji**<br><br>**Wrodzone zespoły autozapalne**<br><br>a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym:<br>a. noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem Inflammatory Disease); inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skórno-stawowy (CINCA, ang. Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome),<br>b. zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome);<br>c. zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold | **1. Dawkowanie**<br><br>Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br><br>**a) Badania obowiązkowe**<br><br>1. OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonia, ferrytyna,<br>2. morfologia krwi pełna z rozmazem,<br>3. układ krzepnięcia: APTT, INR;D-dimery, fibrynogen,<br>4. próby wątrobowe: AlAT, AspAT;GGTP,<br>5. kreatynina, mocznik w surowicy; klirens kreatyniny,<br>6. albuminy; proteinogram,<br>7. ocena ciśnienia tętniczego,<br>8. badanie ogólne moczu,<br>9. badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV,<br>10. RTG klatki piersiowej,<br>11. USG jamy brzusznej.<br><br>**b) Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego**<br><br>1. konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu,<br>2. konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym ( USG OUN i/lub MRI OUN),<br>3. badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka), |

| | | |
|---|---|---|
| Autoinflammatory Syndrome).<br>b) inne wrodzone zespoły autozapalne:<br>a. TRAPS;<br>b. FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny;<br>c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1<br>a. zespól Schnizler;<br>d) Amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych.<br><br>**1.2 Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**1.2 Kryteria wyłączenia**<br><br>a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę,<br>b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia,<br>c) ciężka niewydolnością nerek (klirens kreatyniny < 30 ml/min.) – jeżeli jest to uzasadnione klinicznie w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego,<br>d) rezygnacja pacjenta z leczenia lub brak współpracy z pacjentem. | | 4. ocena kardiologiczna lub ocena kardiologiczna z ECHO serca,<br>5. konsultacja stomatologiczna,<br>6. DZM na białko.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br><br>Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy (zależnie od wieku pacjenta, jego stanu klinicznego i odpowiedzi na leczenie)<br><br>**a) Badania obowiązkowe**<br><br>1. OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA),<br>2. morfologia krwi pełna z rozmazem,<br>3. układ krzepnięcia: APTT, INR;D-dimery, fibrynogen,<br>4. próby wątrobowe: AlAT, AspAT;GGTP,<br>5. kreatynina, mocznik w surowicy; klirens kreatyniny,<br>6. badanie ogólne moczu; białko i mikroalbuminuria w moczu,<br>7. ocena ciśnienia tętniczego.<br>**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.**<br><br>**b) Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego**<br><br>8. konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu,<br>9. konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN i/lub MRI OUN),<br>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.**<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br>**Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:**<br>1) Wiek powyżej 18. roku życia;<br>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;<br>3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca;<br>4) FVC powyżej 50% wartości należnej;<br>5) DLco powyżej 30%;<br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie w programie prowadzone jest do czasy spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu. | **1. Dawkowanie**<br>Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Spirometria;<br>2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco);<br>3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości);<br>4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ;<br>5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;<br>6) Aktywność AlAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy;<br>7) Klirens kreatyniny endogennej;<br>8) Morfologia krwi.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy;<br>a) Spirometria;<br>b) DLco<br>c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria; |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia**<br>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.<br>2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie;<br>4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy;<br>5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby;<br>6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii;<br>7) Ciąża i karmienie piersią;<br>8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca.<br>9) Brak zgody na leczenie | | 2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy;<br>3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii:<br>a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy; leczenia, a następnie co 3 miesiące;<br>4) Morfologia krwi co 6 miesięcy.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br>a) wiek ≥ 18 lat;<br>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**<br>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy;<br>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;<br>d) FVC ≥ 50% wartości należnej;<br>e) pojemność dyfuzyjna płuc $DL_{CO}$ powyżej 30%;<br>f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.:<br>a. nadwrażliwość na lek,<br>b. ciąża,<br>c. karmienie piersią,<br>d. inne przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br><br>Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia z programu**<br><br>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.<br>2) nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze;<br>3) ciąża lub karmienie piersią;<br>4) przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;<br>5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów | | 3) badanie spirometryczne;<br>4) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - $DL_{CO}$<br>5) morfologia krwi;<br>6) oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego;<br>7) 12-odprowadzeniowe EKG.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br><br>1) badanie spirometryczne co 6 m-cy;<br>2) gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy;<br>3) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - $DL_{CO}$ co 6 m-cy;<br>4) morfologia krwi co 6 miesięcy,<br>5) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie;<br>6) 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy.<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br><br>**1. Kryteria kwalifikacji:**<br>1.1. Histologicznie potwierdzone rozpoznanie miejscowo zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami odległymi u pacjentów, u których:<br>1) Nowotwór jest w stadium nieoperacyjnym lub występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, definiowane jako:<br>a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub<br>b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności i/lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym lub<br>c) inne przeciwskazania do leczenia chirurgicznego (np. usunięcie części struktur twarzoczaszki, np. nosa, ucha, powieki, gałki ocznej, bądź konieczność amputacji kończyny);<br>2) stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują | Dawkowanie wismodegibu zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br><br>1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami;<br>2) morfologia krwi z rozmazem;<br>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;<br>4) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>9) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);<br>10) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);<br>11) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania |

| | | |
|---|---|---|
| przeciwskazania do radioterapii;<br>3) przerzuty odległe są histopatologicznie potwierdzone jako ogniska raka podstawnokomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnokomórkowego,<br>1.2. Stan sprawności 0-2 wg ECOG;<br>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;<br>1.4. Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:<br>1) wyniki badań czynności wątroby:<br>a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (GGN) lub, w przypadku pacjentów z udokumentowanym zespołem Gilberta, nieprzekraczające trzykrotności GGN;<br>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie GGN;<br>2) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2,0 mg/dL;<br>3) stężenie hemoglobiny powyżej 8,5 g/dl;<br>4) liczba granulocytów co najmniej 1000/µl;<br>5) liczba płytek krwi co najmniej 75 000/µl;<br>1.5. Kobiety w wieku rozrodczym i mężczyźni muszą spełniać wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br>1.6. Wiek ≥18 roku życia.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie:**<br>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) ciąża lub karmienie piersią; | | nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych;<br>12) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.<br><br>**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) oznaczenia stężenia kreatyniny;<br>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;<br>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;<br>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;<br>6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;<br>7) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);<br>8) inne badania w razie wskazań klinicznych.<br><br>Badania wykonuje się w czasie 6 pierwszych tygodni leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni - przed decyzją o kontynuowaniu leczenia.<br><br>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;<br>4) obecność innych przeciwwskazań do zastosowania wismodegibu zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.<br><br>**3. Określenie czasu leczenia w programie:**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na wismodegib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) działania niepożądane uniemożliwiające dalsze leczenie z zastosowaniem wismodegibu;<br>4) rezygnacja pacjenta z dalszego leczenia. | | **3. Monitorowanie skuteczności leczenia:**<br><br>**3.1. U pacjentów z miejscowo zaawansowanym rakiem podstawnokomórkowym skóry:**<br><br>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;<br>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;<br>3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br><br>Dla oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy:<br>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.<br><br>**3.2. U pacjentów z objawowym rakiem** |

| | | |
|---|---|---|
| | | **podstawnokomórkowym skóry z przerzutami:**<br><br>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;<br>2) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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

| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
|---|---|---|
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji**<br>Do leczenia ewerolimusem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:<br><br>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).<br><br>**Kryteria większe:**<br><br>1. angiofibroma twarzy (≥3) lub płaskie włókniaki głowy;<br>2. atraumatyczne włókniaki okołopaznokciowe (≥2);<br>3. znamiona bezbarwne (≥3, o średnicy co najmniej 5 mm);<br>4. ogniska skóry szagrynowej;<br>5. mnogie hamartoma siatkówki;<br>6. guzki korowe mózgu (Cortical dysplasias / tubers lub migration lines);<br>7. guzki podwyściółkowe mózgu;<br>8. gwiaździak podwyściółkowy olbrzymiokomórkowy | **1. Dawkowanie**<br>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:<br><br>$pc. = (m^{0,425} \times l^{0,725}) \times 0,007184$<br><br>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.<br><br>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. | **1. Badania przy kwalifikacji**<br>1) Badanie genetyczne – geny TSC1, TSC2 w przypadku gdy rozpoznanie było ustalane na podstawie badania genetycznego.<br><br>2) Badanie morfologii krwi z rozmazem.<br><br>3) Badania biochemiczne:<br><br>a) aktywność transaminaz wątrobowych,<br>b) stężenie bilirubiny,<br>c) stężenie kreatyniny,<br>d) stężenie glukozy,<br>e) stężenie lipidów na czczo.<br><br>4) Serologiczne markery zakażenia HBV i HCV.<br><br>5) Rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa głowy.<br><br>6) Test ciążowy wg wskazań i zaleceń lekarza.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia** |

| | | |
|---|---|---|
| (SEGA);<br>9. mięśniak prążkowanokomórkowy serca (rhabdomyoma);<br>10. lymphangioleiomyomatoza (LAM - lymphangioleiomyomatosis);<br>11. naczyniakomięśniakotłuszczaki (angiomyolipoma) nerek.<br><br>**Kryteria mniejsze:**<br><br>1. mnogie ubytki szkliwa (>3);<br>2. włókniaki jamy ustnej (≥2);<br>3. hamartoma o pozanerkowej lokalizacji;<br>4. zmiany w siatkówce oka (retinal achromic patch);<br>5. plamy na skórze typu „confetti" ;<br>6. mnogie torbiele nerek.<br>Rozpoznanie stwardnienia guzowatego jest pewne, gdy spełnione są 2 duże kryteria lub 1 duże i ≥ 2 kryteria mniejsze.<br><br>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.<br><br>3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według RECIST.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>W przypadku pominięcia dawki, nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze.<br><br>**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.<br><br>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.<br><br>3) Co 4 tygodnie leczenia ewerolimusem, począwszy od 4 tygodnia leczenia w pierwszym roku, a następnie co 3 miesiące, począwszy od 12 miesiąca leczenia:<br>a) badanie morfologii krwi z rozmazem,<br>b) podstawowe badania biochemiczne:<br>— aktywność transaminaz wątrobowych,<br>— stężenie bilirubiny,<br>— stężenie kreatyniny,<br>— stężenie glukozy,<br>— lipidogram na czczo.<br><br>4) Badanie czynnościowe i RTG płuc w przypadku wystąpienia objawów ze strony dróg oddechowych.<br><br>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.<br><br>6) Oznaczenie poziomu DNA/RNA wirusa zapalenia wątroby |

| | | |
|---|---|---|
| oddziały NFZ.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) Pacjenci kwalifikujący się wg zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga do zabiegu chirurgicznego związanego z SEGA.<br><br>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 /$mm^3$).<br><br>3) Trwające lub aktywne zakażenie w chwili włączenia do programu.<br><br>4) Chorzy z wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C.<br><br>5) Zabieg chirurgiczny (polegający na otwarciu jamy ciała lub wymagający założenia szwów) w ciągu miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie leczenia.<br><br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br><br>7) Niekontrolowana cukrzyca, zdefiniowana jako HbA1c>8g/dl.<br><br>8) Chorzy ze stwierdzoną nadwrażliwością na ewerolimus lub inne analogi rapamycyny (syrolimus, temsyrolimus) lub substancje pomocnicze preparatu.<br><br>9) Chore w ciąży lub karmiące piersią.<br><br>10) Nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria).<br><br>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).<br><br>12) Wystąpienie w trakcie terapii inwazyjnego zakażenia grzybiczego<br><br>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.<br>**1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą**<br>**1.1 Kryteria kwalifikacji:**<br>1) rozpoznanie choroby Parkinsona wg powszechnie przyjętych kryteriów UKPDS Brain Bank Criteria;<br>2) czas trwania choroby powyżej 5 lat;<br>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;<br>4) potwierdzona skuteczność stosowania lewodopy we wcześniejszym leczeniu;<br>5) wyczerpanie możliwości prowadzenia skutecznej terapii co najmniej dwoma lekami doustnymi o różnych mechanizmach działania lub wystąpienie działań niepożądanych, związanych ze stosowaniem tych leków;<br>6) obecność przeciwwskazań do wszczepienia stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu;<br>7) codzienna obecność i pomoc ze strony opiekuna, który będzie w stanie obsłużyć PEG oraz pompę;<br>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**<br>**1.2 Sposób podania:**<br>za pomocą specjalnej pompy, w postaci ciągłego wlewu dojelitowego, przez przezskórną gastrostomię (PEG)<br>**1.3 Dawkowanie:**<br>W ramach programu dawkowanie zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.<br>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.<br>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**<br>**1.1 Badania przy kwalifikacji do leczenia:**<br>1) Ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on z uciążliwymi dyskinezami);<br>2) ocena neuropsychologiczna zaburzeń nastroju (kwestionariusz Becka);<br>3) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination);<br>4) morfologia krwi z rozmazem;<br>5) próby wątrobowe (AspAT, AlAT);<br>6) badanie układu krzepnięcia;<br>7) wynik MRI głowy z ostatnich 12 miesięcy;<br>8) kwalifikacja przez chirurga / gastroenterologa do PEG.<br>**1.2 Monitorowanie leczenia:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem, co 6 miesięcy;<br>2) AspAT, AlAT, co 6 miesięcy;<br>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;<br>4) badanie neuropsychologiczne, tj:<br>a) ocena nastroju (kwestionariusz Becka), co 6 mies.;<br>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)*,<br>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;<br>4) czas trwania choroby co najmniej 5 lat od początku objawów;<br>5) brak przeciwwskazań do stosowania apomorfiny, wynikających z:<br>a) istotnych klinicznie zaburzeń psychotycznych stwierdzonych w wywiadzie;<br>b) istotnych klinicznie objawów hipotonii ortostatycznej;<br>c) istotnych klinicznie zaburzeń rytmu serca;<br>6) obecność przeciwwskazań do wszczepienia stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu;<br>7) uzyskanie pisemnej zgody na leczenie;<br>8) współpraca pacjenta lub jego opiekuna w trakcie terapii.<br>**2.2 Określenie czasu leczenia w programie:**<br>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.<br>**2.3 Kryteria wyłączenia**<br>1) brak zgody chorego;<br>2) ciężka depresja;<br>3) brak współpracy pacjenta lub opiekuna;<br>4) niepełna lub niewystarczająca odpowiedź na leczenie, tj. nie osiągnięcie w ciągu 3 miesięcy leczenia obu poniższych parametrów:<br>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;<br>b) skrócenia łącznego okresu stanów *off* o co najmniej 50%; | W czasie prowadzenia leczenia apomorfiną modyfikuje się, stosownie do potrzeb, dawki leków doustnych.<br>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:<br>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;<br>b) skrócenie łącznego okresu stanów *off* o co najmniej 50%.<br>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,<br>2) monitorowanie obejmuje również wykonanie po 30 dniach od pierwszego podania apomorfiny następujących badań:<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>b) badanie ogólne moczu;<br>c) odczyn Biernackiego OB;<br>d) aminotransferaza asparaginowa AspAT;<br>e) aminotransferaza alaninowa AIAT;<br>f) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;<br>g) poziom bilirubiny;<br>h) badanie EKG.<br>4) ocena poprawy stanu pacjenta w skali ruchowej (Część III) UPDRS odbywa się nie rzadziej niż co 3 miesiące.<br>5) kontrola stanu pacjenta co miesiąc w ciągu pierwszych 3 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące;<br>6) po ustaleniu sposobu dawkowania powtarza się co 12 miesięcy badania:<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>b) aminotransferaza asparaginowa AspAT<br>c) aminotransferaza alaninowa AIAT; |

| | | |
|---|---|---|
| 5) pogorszenie w trakcie kontynuacji leczenia osiągniętego poziomu sprawności określonej w definicji odpowiedzi na leczenie;<br>6) wystąpienie nadwrażliwości na chlorowodorek apomorfiny lub substancje pomocnicze;<br>7) chorzy, u których występuje odpowiedź *on* na lewodopę zakłócona ciężkimi dyskinezami lub dystonią;<br>8) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych;<br>9) rezygnacja pacjenta.<br><br>**2.4 Przeciwwskazania do włączenia do programu:**<br>1) nadwrażliwość na pochodne morfiny lub substancje pomocnicze produktu;<br>2) jednoczesne leczenie za pomocą wlewów dojelitowych lewodopy;<br>3) atypowy parkinsonizm;<br>4) nasilone otępienie;<br>5) depresja oddechowa;<br>6) klinicznie istotne zaburzenia psychotyczne;<br>7) klinicznie istotna hipotonia ortostatyczna;<br>8) niestabilne, klinicznie istotne choroby:<br>a) sercowo-naczyniowe;<br>b) wątroby;<br>c) nerek;<br>d) hematologiczne;<br>9) ciąża i karmienie piersią | | d) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;<br>e) badanie EKG<br>f) badanie CRP.<br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, na zakończenie leczenia;<br>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:**<br>1) Do programu mogą być zakwalifikowani pacjenci w wieku 18 lat i powyżej z ciężką pęcherzycą oporną na leczenie immunosupresyjne:<br>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);<br>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;<br>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;<br>d) grupa IV – pęcherzyca paraneoplastyczna.<br><br>2) Zgłoszenia chorego do programu dokonuje lekarz dermatolog prowadzący pacjenta, który posiada odpowiednią dokumentację dotychczasowego leczenia. | **1. Dawkowanie:**<br>2 g rytuksymabu dożylnie należy podać w dwóch dawkach podzielonych w odstępie 2 tygodni.<br><br>W przypadku nawrotu pęcherzycy należy podać jednorazowo 500 mg rytuksymabu dożylnie. | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) bezpośrednie badanie IF skóry;<br>2) badanie poziomu przeciwciał (immunofluorescencja i ELISA);<br>3) morfologia krwi z rozmazem;<br>4) badanie ogólne moczu;<br>5) odczyn Biernackiego (OB);<br>6) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>7) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>8) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>9) stężenie mocznika w surowicy;<br>10) stężenie fosfatazy alkalicznej w surowicy;<br>11) proteinogram;<br>12) poziom albumin;<br>13) krzywa cukrowa;<br>14) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);<br>15) konsultacje lekarskie w kierunku ognisk „siejących” (laryngologiczna, stomatologiczna, ginekologiczna);<br>16) wykluczenie ciąży (test ciążowy) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym;<br>17) badanie HIV, HCV, HBS, TBC;<br>18) USG jamy brzusznej.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia:** |

| | | |
|---|---|---|
| Pacjent jest następnie kwalifikowany do programu przez Krajowy Zespół Ekspertów ds. Dermatologii przy Konsultancie Krajowym w dziedzinie dermatologii i wenerologii.<br><br>**2. Kryteria ponownego włączenia do programu:**<br>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.<br>Pacjent zostanie poddany leczeniu rytuksymabem w jednorazowej dawce 500 mg.<br><br>**3. Kryteria stanowiące przeciwskazania do udziału w programie:**<br>1) wiek poniżej 18 lat;<br>2) ciąża;<br>3) okres karmienia piersią;<br>4) nadwrażliwość na substancję czynną lub pomocniczą;<br>5) infekcja HIV;<br>6) niekontrolowane infekcje;<br>7) aktywne WZW typu C;<br>8) ciężka niewydolność krążenia.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z programu**<br>1) reakcja alergiczna na lek;<br>2) zakażenie o ciężkim przebiegu;<br>3) ciąża;<br>4) zaburzenia hematologiczne. | | 1) w celu oceny skuteczności leczenia należy wykonywać ocenę objawów chorobowych;<br>2) przy każdej wizycie w przypadku kobiet w wieku rozrodczym należy wykluczyć ciążę (test ciążowy);<br>3) co każde 3 miesiące od podania rytuksymabu należy wykonać badanie poziomu przeciwciał (immunofluorescencja lub ELISA);<br>4) co 1 miesiąc od podania rytuksymabu należy wykonać następujące badania:<br>a) morfologia krwi z rozmazem;<br>b) odczyn Biernackiego (OB.);<br>c) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);<br>d) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>e) stężenie bilirubiny w surowicy;<br>f) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>g) stężenie mocznika w surowicy;<br>h) krzywa cukrowa;<br>i) badanie ogólne moczu.<br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br>Chorzy z rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają łącznie poniższe kryteria:<br>1) obecność delecji 17p i/lub mutacji w genie TP53;<br>2) stan sprawności według WHO 0 – 2;<br>3) wiek powyżej 18 r.ż.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie w programie powinno być kontynuowane do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania z Charakterystyki Produktu Leczniczego.<br><br>**3. Kryteria wykluczające udział w programie**<br>1) jednoczesne stosowanie warfaryny lub innych antagonistów witaminy K;<br>2) niewydolność wątroby klasa C wg Child-Pough;<br>3) niewydolność serca stopień III i IV wg | Zalecana dawka ibrutynibu w PBL – 420mg (3 kapsułki) podawane 1 x na dobę.<br><br>Zmiana dawkowania leku powinna być prowadzona zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przed włączeniem leczenia**<br>1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;<br>2) badanie w kierunku delecji 17p i/lub mutacji w genie TP53;<br>3) badania biochemiczne (AST, ALT);<br>4) badania niezbędne do oceny stopnia niewydolności wątroby wg skali Child-Pugh;<br>5) EKG.<br><br>**2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia**<br>**Badania przeprowadzane 1 x w miesiącu:**<br>- morfologia krwi ze wzorem odsetkowym.<br>**Badania przeprowadzane co 3 miesiące:**<br>- badania biochemiczne (aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej);<br>- 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.<br>Okresowe monitorowanie stężenia kreatyniny we krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. |

| | | |
|---|---|---|
| NYHA;<br>4) aktywne ciężkie zakażenie;<br>5) ciąża;<br>6) nadwrażliwość na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>7) udział w programie wczesnego dostępu do leczenia ibrutynibem.<br><br>**4. Kryteria zakończenia udziału w programie:**<br>1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>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.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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**<br>1) potwierdzony histologicznie agresywny chłoniak nieziarniczy z limfocytów B (ICD-10 C83, C85);<br>2) wiek ≥ 18 rok życia;<br>3) stan sprawności według WHO 0-2;<br>4) udokumentowane niepowodzenie 2-giej lub 3-ciej linii chemioterapii (lek może być zastosowany tylko w 3 lub 4 linii leczenia);<br>5) LVEF ≥ 45% - ocena metodą ECHO;<br>6) prawidłowe funkcjonowanie szpiku kostnego i narządów wewnętrznych;<br>7) wcześniejsza trwała odpowiedź (CR lub PR trwająca co najmniej 6 miesięcy) na antracykliny lub antracenediony;<br>8) brak przeciwskazań do konsolidacji leczenia z wykorzystaniem procedury przeszczepienia komórek macierzystych, w razie uzyskania odpowiedzi na leczenie.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>Leczenie piksantronem kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli z zastrzeżeniem pkt. 4 (poniżej).<br><br>**3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo**<br>1) nadwrażliwość na piksantron lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; | **1. Dawkowanie**<br>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.<br>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.<br><br>**2. Modyfikacja dawki**<br>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**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) stężenie bilirubiny całkowitej;<br>3) stężenie kreatyniny;<br>4) badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne) mające na celu udokumentowanie podpunktu 4 kryteriów kwalifikacji;<br>5) EKG;<br>6) ocena LVEF wykonana metodą ECHO.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>Badania wykonywane:<br>1) przed każdym podaniem leku:<br>– morfologia krwi z rozmazem,<br>– stężenie kreatyniny,<br>– stężenie bilirubiny;<br>2) co drugi cykl leczenia:<br>– ECHO serca z oceną EF oraz EKG (przed podaniem leku w pierwszym dniu 28-dniowego cyklu);<br>3) w razie podejrzenia progresji choroby:<br>- odpowiednie badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>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;<br>3) ciąża lub karmienie piersią;<br>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).<br><br>**4. Kryteria zakończenia udziału w programie**<br>1) progresja choroby;<br>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na piksantron lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>3) stan sprawności według WHO 3-4;<br>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;<br>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;<br>6) ciąża. | | przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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.<br><br>**1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień**<br>**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.<br>Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty osoczopochodnych (ludzkich) czynników krzepnięcia czynnika VIII oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII pierwszej generacji.<br>**1.2.** Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych dzieci z ciężką postacią hemofilii A, wcześniej nie leczonych czynnikami osoczopochodnymi (ludzkimi).<br>Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentrat rekombinowanego | **1. Pierwotna profilaktyka krwawień:**<br>1) czynnik VIII:<br>a) dzieci do ukończenia 2 roku życia – 25- 40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 1-3 razy w tygodniu,<br>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;<br>2) koncentrat rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII o przedłużonym działaniu:<br>a) wszystkie grupy wiekowe dzieci – 25- 65 jednostek międzynarodowych/kg m.c., co 3-5 dni.<br><br>**2. Wtórna profilaktyka krwawień:**<br>1) czynnik VIII:<br>a) dzieci do ukończenia 2 roku życia – 25- 40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 2-3 razy w tygodniu,<br>b) dzieci powyżej 2 roku życia – 25-40 jednostek międzynarodowych/kg m.c., 3 razy w tygodniu;<br>2) koncentrat rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII o przedłużonym działaniu:<br>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:<br>1) badania przesiewowe:<br>a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT),<br>b) czas protrombinowy (PT),<br>c) czas trombinowy (TT);<br>2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym;<br>3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII;<br>4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAg);<br>5) ocena miana inhibitora czynnika VIII u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen);<br>6) wykonanie badań wirusologicznych: HBsAg i antyHCV, a w przypadku dodatniego wyniku – odpowiednio HBV PCR i/lub HCV PCR;<br>7) morfologia krwi.<br><br>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.<br>**1.3.** Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia czynnika VIII dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:<br>1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – czynniki osoczopochodne (ludzkie), oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII pierwszej generacji;<br>2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – czynnik rekombinowany o przedłużonym działaniu.<br><br>**2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień**<br>**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.<br>1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – czynniki osoczopochodne (ludzkie), oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII pierwszej generacji;<br>2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – czynnik rekombinowany o przedłużonym działaniu.<br>**2.2.** Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego.<br>1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – czynniki osoczopochodne (ludzkie), oraz koncentraty rekombinowanego czynnika krzepnięcia VIII pierwszej generacji;<br>2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – czynnik rekombinowany o przedłużonym działaniu.<br><br>**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:<br>1) pierwsza doba: 40 do 70 jednostek międzynarodowych/kg m.c., co 12 godzin;<br>2) od drugiej do piątej doby: 30 do 50 jednostek międzynarodowych/ kg m.c., co 18-24 godzin;<br>3) szósta doba jednorazowo: 30 do 50 jednostek międzynarodowych/kg m.c.;<br>4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 jednostek międzynarodowych/kg m.c.<br><br>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.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>**2.1.** Ocena skuteczności leczenia<br>W zależności od oceny klinicznej należy wykonać:<br>1) RTG stawów - nie częściej niż raz w roku;<br>2) USG stawów - nie rzadziej niż raz w roku;<br>3) NMR - w razie trudności diagnostycznych w ocenie stawów.<br><br>**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.<br>Badania w monitorowaniu leczenia:<br>1) aminotransferaza alaninowa (AlAT) co najmniej raz w roku;<br>2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT) co najmniej raz w roku;<br>3) obecność przeciwciał anty-HBs;<br>4) obecność antygenu HBs (w przypadku braku miana zabezpieczającego przeciwciał anty-HBS), u dodatnich przeciwciała anty-HBc i anty HBe, DNA HBV;<br>5) przeciwciała anty-HCV (raz w roku), u dodatnich RNA HCV;<br>6) przeciwciała anty-HIV (w uzasadnionych przypadkach), u dodatnich RNA HIV;<br>7) USG naczyń w okolicy dojścia żylnego, nie rzadziej niż raz w roku;<br>8) badanie ogólne moczu.<br><br>**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.<br><br>Kryteria włączenia do przedmiotowego modułu nowopowstałego inhibitora u dzieci do 18 roku życia:<br>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;<br>2) pacjenci uprzednio zakwalifikowani do programu, jednak stwierdzenie obecności inhibitora dotyczy okresu prowadzonej profilaktyki, która miała miejsce po dniu 15 stycznia 2010 r.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia**<br>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).<br><br>**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:<br>1) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT);<br>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).<br><br>**2.4.** Oznaczanie inhibitora:<br>1) do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdych 10 przetoczeniach;<br>2) powyżej 150 przetoczeń - co 6 do 12 miesięcy;<br>3) w momencie zmiany produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny;<br>4) w przypadku stwierdzenia braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce.<br><br>W przypadku niewykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane zgodnie z powyższym opisem.<br>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).<br><br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów |

| | | |
|---|---|---|
| przedmiotowym programie musi zostać zakończony):<br>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;<br>2) ukończenie 18 roku życia.<br><br>**6. Określenie czasu leczenia w programie**<br>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.<br>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.<br>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**<br>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.<br>Do leczenia ekulizumabem kwalifikowani są pacjenci z atypowem zespołem hemolityczno-mocznicowym:<br>1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej:<br>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<br>lub<br>b) biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową | **1. Dawkowanie**<br>Dawkowanie preparatu ekulizumab zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. | **1. Badania przy kwalifikacji:**<br>1) aktywność ADAMTS13;<br>2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna);<br>3) wykonanie badani potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym);<br>4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH);<br>5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty;<br>6) morfologia krwi z rozmazem;<br>7) Test Coombsa;<br>8) aminotransferaza asparaginowa (AspAT);<br>9) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>10) bilirubina całkowita;<br>11) bilirubina frakcje;<br>12) fosfataza alkaliczna;<br>13) badanie ogólne moczu;<br>14) stężenie kreatyniny;<br>15) stężenie mocznika;<br>16) stężenie kwasu moczowego;<br>17) w przypadku występowania u pacjentów:<br>a) objawów neurologicznych<br>- rezonans magnetyczny z angiografią<br>lub<br>- tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego; |

| | | |
|---|---|---|
| oraz<br>c) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów:<br>– zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy >górna granica normy dla wieku<br>lub hemodializa<br>lub proteinuria<br>lub albuminuria<br>lub<br>– powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak:<br>powikłania sercowo-naczyniowe,<br>neurologiczne,<br>żołądkowo-jelitowe<br>lub płucne<br>lub<br>2) pacjenci z aHUS, u których stosowana jest plazmafereza/przetoczenie osocza;<br>3) pacjenci z aHUS zakwalifikowani do przeszczepu nerki;<br>4) u ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są wyniki badań:<br>a) aktywność ADAMTS-13 >5%,<br>b) negatywny wynik badania STEC (Shiga-Toxin Escherichia coli) w teście (PCR) lub hodowli bakteryjnej;<br>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;<br>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<br>- amylaza,<br>- lipaza,<br>- usg jamy brzusznej;<br>c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego:<br>- troponina T lub troponina I,<br>lub<br>- EKG<br>lub<br>- echo serca<br>lub<br>- cewnikowanie serca;<br>18) przeciwciała przeciw czynnikowi H (anty CFH) – leczenie można wdrożyć w trakcie oczekiwania na wynik badania;<br>19) oznaczenie stężenia białek układu dopełniacza w surowicy i najczęstrzych mutacji genetycznych - leczenie można wdrożyć w trakcie oczekiwania na wynik badania.<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>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.<br>2) Począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się co 2 tygodnie.<br>3) Po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się raz w miesiącu.<br>4) Po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się raz na 3 miesiące.<br>**3. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.<br>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.<br>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.<br>**3. Kryteria wyłączenia**<br>1) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;<br>2) karmienie piersią;<br>3) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;<br>4) nadwrażliwość na ekulizumab, białka mysie lub substancje pomocnicze;<br>5) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;<br>6) wycofanie przez pacjenta zgody na leczenie. | | przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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<br><br>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.<br><br>Zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu NNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:<br>1) objawy hemolizy związane z NNH oraz (łącznie):<br>a) aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥1,5 przekraczająca górną granicę normy (GGN)<br>b) co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:<br>– niewydolność nerek,<br>– nadciśnienie płucne,<br>– znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność;<br>2) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:</td>
<td>1. Dawkowanie<br><br>Zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji:<br><br>1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH;<br>2) wykluczenie ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;<br>3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);<br>4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;<br>5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);<br>6) czas protrombinowy (PT);<br>7) fibrynogen;<br>8) odczyn Coombsa;<br>9) oznaczenie grupy krwi;<br>10) stężenie kreatyniny w surowicy;<br>11) stężenie mocznika w surowicy;<br>12) aminotransferaza asparaginowa (AspAT);<br>13) aminotransferaza alaninowa (AlAT);<br>14) bilirubina całkowita i bezpośrednia;<br>15) stężenie haptoglobiny (Hp);<br>16) stężenie Na+;<br>17) stężenie K+;<br>18) badanie ogólne moczu;<br>19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu;<br>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,<br>b) zator tętnicy płucnej,<br>c) zdarzenia mózgowo-naczyniowe,<br>d) amputacja,<br>e) zawał mięśnia sercowego,<br>f) napad przemijającego niedokrwienia,<br>g) niestabilna dławica piersiowa,<br>h) zakrzepica żyły nerkowej,<br>i) zakrzepica żył krezkowych,<br>j) zakrzepica żyły wrotnej,<br>k) zgorzel,<br>l) ostre zamknięcia naczyń obwodowych;<br>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;<br>4) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa.<br>**2. Określenie czasu leczenia w programie**<br>1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.<br>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.<br>3) Chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej | | tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).<br>**2. Monitorowanie leczenia**<br>1) Co tydzień przez pierwsze 5 tygodni:<br>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),<br>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,<br>c) kreatynina,<br>d) mocznik,<br>e) aminotransferaza asparaginowa (AspAT),<br>f) aminotransferaza alaninowa (AlAT),<br>g) bilirubina całkowita.<br>2) Po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:<br>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),<br>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem.<br>3) Po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:<br>a) kreatynina,<br>b) mocznik,<br>c) aminotransferaza asparaginowa (AspAT),<br>d) aminotransferaza alaninowa (AlAT),<br>e) bilirubina całkowita.<br>4) Badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:<br>a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania;<br>b) co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.<br>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.<br><br>**3. Kryteria wyłączenia**<br><br>1) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;<br>2) karmienie piersią;<br>3) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;<br>4) nadwrażliwość na ekulizumab, białka mysie lub substancje pomocnicze;<br>5) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;<br>6) wycofanie przez pacjenta zgody na leczenie. | | **3. Monitorowanie programu**<br><br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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:**<br>1) wiek: 18 lat i powyżej;<br>2) rozpoznanie pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP);<br>3) niedostateczna odpowiedź na leczenie farmakologiczne np. kortykosteroidy, dożylne immunoglobuliny;<br>4) nieskuteczność splenektomii objawiająca się liczbą płytek poniżej 30 000/µl i objawami skazy krwotocznej.<br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>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.<br><br>**2. Określenie czasu leczenia w programie:**<br><br>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:**<br>1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi 50 mg raz na dobę;<br>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:**<br>1) morfologia krwi z rozmazem;<br>2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, fosfataza alkaliczna);<br>3) badania umożliwiające wykluczenie innych stanów klinicznych przebiegających z małopłytkowością;<br>4) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja – w przypadku chorych w wieku powyżej 60 lat, z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami;<br>5) badanie okulistyczne;<br>6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.<br><br>**2. Monitorowanie leczenia:**<br><br>1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek (≥ 50 000/µl przez co najmniej 4 tygodnie):<br>a) wykonywane co 1 tydzień:<br>- morfologia krwi z rozmazem,<br>b) wykonywane co 2 tygodnie:<br>- parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, fosfataza alkaliczna), |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria wyłączenia z programu:**<br>1) nadwrażliwość na eltrombopag lub którąkolwiek substancję pomocniczą;<br>2) zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh ≥ 5;<br>3) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:<br>a) będzie narastać<br>albo<br>b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,<br>albo<br>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,<br>albo<br>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby;<br>4) ciąża;<br>5) karmienie piersią;<br>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:<br>a) wykonywane co 1 miesiąc:<br>- morfologia krwi z rozmazem,<br>- parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, fosfataza alkaliczna);<br>3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii:<br>a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie;<br>4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia:<br>a) wykonywane dwa razy w tygodniu przez 4 tygodnie:<br>- morfologia krwi z rozmazem;<br>5) badanie wykonywane co 3 miesiące:<br>a) okresowa kontrola okulistyczna.<br>**3. Monitorowanie programu:**<br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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.<br>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 $\geq 50x10^9/l$.

</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;<br>2) zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh ≥ 5;<br>3) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:<br>a) będzie narastać,<br>albo<br>b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,<br>albo<br>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,<br>albo<br>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby;<br>4) ciąża;<br>5) karmienie piersią;<br>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,<br>b) wykonywane co 3 miesiące:<br>– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, fosfataza alkaliczna);<br>3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii:<br>a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie;<br>4) badanie wykonywane co 6 miesięcy:<br>a) okresowa kontrola okulistyczna;<br>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 $100x10^9/l$.<br><br>**3. Monitorowanie programu:**<br><br>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;<br>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.<br>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**<br>1.1. dorośli chorzy, wiek co najmniej 18 lat;<br>1.2. akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych;<br>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;<br>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);<br>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**<br>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.<br>**2. Sposób podawania**<br>Pasyreotyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym wykonywanym przez fachowy personel medyczny.<br>W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku między prawym i lewym mięśniem pośladkowym. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem**<br>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);<br>2) ocena hormonalna: stężenie hormonu wzrostu; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;<br>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;<br>4) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm);<br>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 pasyreotydemco 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;<br>3.9. nadwrażliwość na pasyreotyd lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;<br>3.10. brak odpowiedzi na leczenie, w sytuacji gdy odpowiedź definiujemy jako:<br>a) obniżenie stężenia GH o > 50% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub do poziomu <2,5 µg/l<br>lub<br>b) obniżenie stężenia IGF-1 o >40% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub normalizacja stężenia IGF-1<br>lub<br>c) zmniejszenie maksymalnego wymiaru guza > 25% w stosunku do maksymalnego wymiaru guza w badaniu przeprowadzanym przy kwalifikacji do programu<br>- po co najmniej 6-cio miesięcznym okresie podawania pasyreotydu w najwyższej tolerowanej dawce;<br>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.<br>3.3. Należy zachować ostrożność oraz dokonać uważnej oceny stosunku korzyści do ryzyka stosując pasyreotydu pacjentów narażonych na istotne ryzyko wystąpienia wydłużenia odstępu QT w EKG. | tygodniach od zakończenia leczenia, a stężenie HbA1c – po 3 tygodniach od zakończenia leczenia;<br>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;<br>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;<br>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;<br>7) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;<br>8) oznaczenie poziomu magnezu i potasu według wskazań klinicznych;<br>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;<br>10) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy.<br>**3. Monitorowanie programu** |

| | | |
|---|---|---|
| | | 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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<br>W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE<br>W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji:<br>1) nawrotowy lub oporny na leczenie klasyczny chłoniak Hodgkina potwierdzony badaniem histopatologicznym<br>a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ASCT) i<br>b) po leczeniu brentuksymabem vedotin;<br>2) wiek 18 lat i powyżej;<br>3) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;<br>4) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek;<br>5) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.<br><br>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.<br><br>2. Określenie czasu leczenia w programie<br><br>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<br>1) badanie przedmiotowe;<br>2) ocena sprawności w skali ECOG;<br>3) pomiar masy ciała;<br>4) badania laboratoryjne:<br>a) morfologia krwi,<br>b) oznaczenia stężenia kreatyniny,<br>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej<br>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,<br>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,<br>f) oznaczenie poziomu TSH,<br>g) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;<br>5) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej.<br><br>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia<br><br>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;<br>2) morfologia krwi;</td>
</tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| **3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem**<br><br>Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.<br><br>**4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie:**<br>1) progresja choroby;<br>2) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;<br>3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu powyżej 3 według kryteriów CTC (Common Toxity Criteria);<br>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;<br>5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią. | | 3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH;<br><br>Badania wykonywane są co 6 – 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.<br><br>**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**<br>1) badanie przedmiotowe i laboratoryjne zależnie od wskazań lekarskich;<br>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.<br><br>**4. Monitorowanie programu**<br>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;<br>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;<br>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. |

# 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 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 |
| 11 | 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 |
| 12 | 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 |
| 13 | 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 |
| 14 | 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 |
| 15 | 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 |
| 16 | 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 |
| 17 | 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 |
| 18 | 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 |
| 19 | 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 |
| 20 | 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 |
| 21 | 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 |
| 22 | 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 |
| 23 | 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 |

| 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** |
| 24 | 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 |
| 25 | 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 |
| 26 | 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 |
| 27 | 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 |
| 28 | 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 |
| 29 | 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 |
| 30 | 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 |
| 31 | 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 |
| 32 | 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 |
| 33 | 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 |
| 34 | 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 |
| 35 | 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 |
| 36 | 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 |
| 37 | 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 |
| 38 | 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 |
| 39 | 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 |
| 40 | 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 |
| 41 | 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 |
| 42 | 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 |
| 43 | 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 |
| 44 | 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 |
| 45 | 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 |
| 46 | Bortezomibum | Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 5906414000771 | 2015-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 648,00 | 680,40 | 324,00 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 47 | Bortezomibum | Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 5906414000788 | 2015-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 2268,00 | 2381,40 | 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 Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 5902020241461 | 2015-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 621,00 | 652,05 | 324,00 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 49 | Bortezomibum | Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg | 1 fiol. | 5902020241478 | 2015-11-01 | 3 lata | 1054.0, Bortezomib | 2172,96 | 2281,61 | 1134,00 | C.76. | bezpłatny | 0 zł |
| 50 | 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 |
| 51 | 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 |
| 52 | 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 |
| 53 | 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 |
| 54 | 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 |
| 55 | 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 |
| 56 | 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 |
| 57 | 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 |
| 58 | 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 |
| 59 | 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 |
| 60 | 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 |
| 61 | 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 |
| 62 | 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 |
| 63 | 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 |
| 64 | 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 |
| 65 | 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 |
| 66 | 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 |
| 67 | 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 |
| 68 | 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 |
| 69 | 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 |

| 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 | 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 |
| 71 | 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 |
| 72 | Capecitabinum | Capecitabine Actavis, tabl. powl., 150 mg | 60 szt. | 5909991003456 | <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 Actavis, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. | 5909991003463 | <1>2016-03-01/<2>2018-09-01/<3>2018-01-01 | <1>3 lata/<2><3>2 lata | 1006.0, Capecitabinum | 540,00 | 567,00 | 528,44 | <1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c. | bezpłatny | 0 zł |
| 74 | 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 |
| 75 | 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 |
| 76 | 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 |
| 77 | 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 |
| 78 | 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 |
| 79 | 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 |
| 80 | 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 |
| 81 | 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 |
| 82 | 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 |
| 83 | 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 |
| 84 | 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 |
| 85 | 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 |
| 86 | 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 |
| 87 | 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 |

| 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 | 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 |
| 89 | 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 |
| 90 | 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 |
| 91 | 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 |
| 92 | 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 |
| 93 | 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 |
| 94 | 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 |
| 95 | 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 |
| 96 | 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 |
| 97 | 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 |
| 98 | 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 |
| 99 | 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 |
| 100 | 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 |
| 101 | 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 |
| 102 | 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 |
| 103 | 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 |
| 104 | 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 |
| 105 | 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 |
| 106 | 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 |
| 107 | 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 |
| 108 | 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 |
| 109 | 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 |
| 110 | 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 |
| 111 | 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 |

| 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** |
| 112 | Crisantaspasum | Erwinase, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10000 j.m./fiolkę | 5 fiol. | 5060146290302 | <1>2018-07-01/<2>2016-11-01 | 2 lata | 1146.0, Crisantaspasum | 14580,00 | 15309,00 | 15309,00 | <1>C.78.a.; <2>C.78.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 113 | 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 |
| 114 | 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 |
| 115 | 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 |
| 116 | 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 |
| 117 | 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 |
| 118 | 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 |
| 119 | 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 |
| 120 | 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 |
| 121 | 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 |
| 122 | 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 |
| 123 | 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 |
| 124 | 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 |
| 125 | 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 |
| 126 | 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 |
| 127 | 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 |
| 128 | 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 |
| 129 | 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 |
| 130 | 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 |
| 131 | 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 |
| 132 | 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 |
| 133 | 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 |
| 134 | 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 |

| 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 | 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 |
| 136 | Docetaxelum | Camitotic, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 1 ml | 5909990810987 | 2016-07-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 71,28 | 74,84 | 74,84 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 137 | Docetaxelum | Camitotic, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 4 ml | 5909990810994 | 2016-07-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 147,96 | 155,36 | 155,36 | C.19. | bezpłatny | 0 zł |
| 138 | Docetaxelum | Camitotic, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml | 1 fiol.po 7 ml | 5909990811007 | 2016-07-01 | 3 lata | 1013.0, Docetaxelum | 1474,29 | 1548,00 | 1548,00 | C.19. | 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 | 2015-11-01 | 3 lata | 1014.1, Doxorubicinum | 66,96 | 70,31 | 70,31 | 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 | 691,74 | 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 | 1088,64 | 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 | 637,88 | 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 | 127,58 | 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 | 190,51 | 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 | 97,19 | 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 | 160,93 | 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 | 101,86 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 213 | 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 | 168,15 | C.0.06. | bezpłatny | 0 zł |
| 214 | 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 |
| 215 | 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 |
| 216 | 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 |
| 217 | 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 |
| 218 | 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 |
| 219 | 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 |
| 220 | 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 |
| 221 | 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 |
| 222 | 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 |
| 223 | 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 |
| 224 | 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 |

| 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 20 ml | 5909990774791 | 2018-03-01 | 3 lata | 1018.0, Fluorouracilum | 12,10 | 12,71 | 12,71 | C.26. | bezpłatny | 0 zł |
| 226 | 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 |
| 227 | 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 |
| 228 | 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 |
| 229 | 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 |
| 230 | 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 |
| 231 | 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 |
| 232 | 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 |
| 233 | 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 |
| 234 | 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 |
| 235 | 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 |
| 236 | 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 |
| 237 | 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 |
| 238 | 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 |
| 239 | 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 |
| 240 | 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 |
| 241 | 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 |
| 242 | 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 |
| 243 | 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 |
| 244 | 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 |
| 245 | 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 |
| 246 | 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 |

| 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 | 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 |
| 248 | 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 |
| 249 | 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 |
| 250 | Imatinibum | Imatinib Teva, tabl. powl., 100 mg | 60 szt. | 5909991025793 | <1><2>2018-01-01/<3>2016-09-01 | <1>3 lata/<3>2 lata | 1064.1, Imatynib -2 | 324,00 | 340,20 | 283,50 | <1>C.70.a.; <2>C.70.b. | bezpłatny | 0 zł |
| 251 | 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 |
| 252 | 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 |
| 253 | 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 |
| 254 | 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 |
| 255 | 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 |
| 256 | 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 |
| 257 | 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 |
| 258 | 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 |
| 259 | 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 |
| 260 | 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 |
| 261 | 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 |
| 262 | 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 |
| 263 | 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 |
| 264 | 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 |

| 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 5 ml | 5909990645183 | 2016-07-01 | 3 lata | 1025.0, Irinotecanum | 651,02 | 683,57 | 683,57 | C.35. | bezpłatny | 0 zł |
| 266 | 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 |
| 267 | 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 |
| 268 | 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 |
| 269 | 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 |
| 270 | 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 |
| 271 | 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 |
| 272 | 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 |
| 273 | 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 |
| 274 | 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 |
| 275 | 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 |
| 276 | 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 |
| 277 | 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 |
| 278 | 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 |
| 279 | 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 |
| 280 | 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 |

| 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, 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 |
| 282 | 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 |
| 283 | 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 |
| 284 | 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 |
| 285 | 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 |
| 286 | 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 |
| 287 | 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 |
| 288 | 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 | 2532,08 | C.0.13. | bezpłatny | 0 zł |
| 289 | 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 |
| 290 | 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 |
| 291 | 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 |
| 292 | 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 |
| 293 | 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 |
| 294 | 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 |
| 295 | 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 |
| 296 | 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 |
| 297 | 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 |
| 298 | 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 |
| 299 | 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 |
| 300 | 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 |
| 301 | 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 |
| 302 | 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 |
| 303 | 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 |
| 304 | 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 |

| 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** |
| 305 | 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 |
| 306 | 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 |
| 307 | 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 |
| 308 | 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 |
| 309 | 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 |
| 310 | 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>2016-11-01 | <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 |
| 311 | 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>2016-11-01 | <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 |
| 312 | 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>2016-11-01 | <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 |
| 313 | 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 |
| 314 | 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 |
| 315 | 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 |
| 316 | 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 |
| 317 | 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 |
| 318 | 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 |
| 319 | 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 |
| 320 | 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 |
| 321 | 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 |
| 322 | 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 |
| 323 | 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 |
| 324 | 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 |
| 325 | 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 |
| 326 | 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 |
| 327 | 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 |
| 328 | 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 |
| 329 | 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 |
| 330 | 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 |

| 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** |
| 331 | 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 |
| 332 | 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 |
| 333 | 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 |
| 334 | 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 |
| 335 | 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 |
| 336 | 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 |
| 337 | 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 |
| 338 | 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 |
| 339 | 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 |
| 340 | 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 |
| 341 | 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 |
| 342 | 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 |
| 343 | 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 |
| 344 | 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 |
| 345 | 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 |
| 346 | 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 |
| 347 | 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 |
| 348 | 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 |
| 349 | 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 |
| 350 | 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 |
| 351 | 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 |
| 352 | 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 | 3169,53 | C.0.10. | 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** |
| 353 | 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 |
| 354 | 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 |
| 355 | 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 |
| 356 | 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 |
| 357 | 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 |
| 358 | 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 |
| 359 | 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 |
| 360 | 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 |
| 361 | 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 |
| 362 | 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 |
| 363 | 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 |
| 364 | 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 |
| 365 | 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 |
| 366 | 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 |
| 367 | 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 |
| 368 | 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 |
| 369 | 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 |
| 370 | 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 |
| 371 | 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 |
| 372 | 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 |
| 373 | 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 |

| 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 | 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 |
| 375 | 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 |
| 376 | 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 |
| 377 | 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 |
| 378 | 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 |
| 379 | 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 |
| 380 | 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 |
| 381 | 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 |
| 382 | 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 |
| 383 | 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 |
| 384 | 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 |
| 385 | 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 |
| 386 | 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 |
| 387 | 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 |
| 388 | 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 |
| 389 | 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 |
| 390 | 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 |
| 391 | 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 |
| 392 | 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 |
| 393 | 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 |
| 394 | 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 |
| 395 | 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 |
| 396 | 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 |
| 397 | 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 |
| 398 | 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 |
| 399 | 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 |
| 400 | 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 |
| 401 | 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 |
| 402 | 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 |
| 403 | 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 |
| 404 | 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 |
| 405 | 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 |

| 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** |
| 406 | 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 |
| 407 | 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 |
| 408 | 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 |
| 409 | 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 |
| 410 | 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 |
| 411 | 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 |
| 412 | 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 |
| 413 | 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 |
| 414 | 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 |
| 415 | 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 |
| 416 | 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 |
| 417 | 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 |
| 418 | 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 |
| 419 | 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 |
| 420 | 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 |
| 421 | 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 |
| 422 | 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 |
| 423 | 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 |
| 424 | 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 |
| 425 | 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 |
| 426 | 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 |
| 427 | 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 |
| 428 | 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 |
| 429 | 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 |

| 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** |
| 430 | 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 |
| 431 | 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 |
| 432 | 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 |
| 433 | 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 |
| 434 | 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 |
| 435 | Voriconazolum | Voriconazole Actavis, tabl. powl., 200 mg | 20 szt. | 5909991248437 | 2016-11-01 | 2 lata | 1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol | 223,56 | 234,74 | 142,58 | C.0.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 436 | Voriconazolum | Voriconazole Mylan, tabl. powl., 200 mg | 20 szt. | 5909991191917 | 2016-11-01 | 2 lata | 1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol | 162,00 | 170,10 | 142,58 | C.0.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 437 | 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 |
| 438 | Voriconazolum | Voriconazole STADA, tabl. powl., 200 mg | 14 szt. | 5909991190156 | 2016-11-01 | 2 lata | 1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol | 156,60 | 164,43 | 99,81 | C.0.15. | bezpłatny | 0 zł |
| 439 | 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 |
| 440 | 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 |
| 441 | 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<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 2 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 3 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 6 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 7 | **DARBEPOETIN ALFA** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE<br>*w przypadku:*<br>*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 | ZESPOŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKRESLONY<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 2 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.0 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 3 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.1 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 6 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.4 | OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku:*<br>*niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością* |
| 7 | **EPOETINUM ALPHA** | D46.7 | INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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;<br>– NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA;<br>– 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:<br>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH<br>LUB<br>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII |
| | | CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:<br>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH<br>LUB<br>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII |
| | | NOWOTWORY LITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:<br>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH<br>LUB<br>— 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<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 2 | **CAPECITABINUM** | C25.0 | GŁOWA TRZUSTKI<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 3 | **CAPECITABINUM** | C25.1 | TRZON TRZUSTKI<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 4 | **CAPECITABINUM** | C25.2 | OGON TRZUSTKI<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 5 | **CAPECITABINUM** | C25.3 | PRZEWOD TRZUSTKOWY<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 6 | **CAPECITABINUM** | C25.4 | CZĘSC WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 7 | **CAPECITABINUM** | C25.7 | INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 8 | **CAPECITABINUM** | C25.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną* |
| 9 | **CAPECITABINUM** | C25.9 | TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA<br>*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<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych* |
| 2 | **CAPECITABINUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych* |
| 3 | **CAPECITABINUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych* |
| 4 | **CAPECITABINUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych* |
| 5 | **CAPECITABINUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH<br>*w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych* |
| 6 | **CAPECITABINUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIE OKREŚLONE<br>*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 CZĘSC PRZEŁYKU<br>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 CZĘSC PRZEŁYKU<br>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 | SRODKOWA TRZECIA CZĘSC PRZEŁYKU<br>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 CZĘSC PRZEŁYKU<br>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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH |
| 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 389 | **CISPLATINUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 | NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE 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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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 SIATECZKOWO-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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 | NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE 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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |
| 741 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 742 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.0 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE |
| 743 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.1 | TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE |
| 744 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.2 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY |
| 745 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.3 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA |
| 746 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.4 | OTRZEWNA |
| 747 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.5 | SKÓRA |
| 748 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.6 | SUTEK |
| 749 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.7 | INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE |
| 750 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D48.9 | NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY |
| 751 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D76.0 | HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ |
| 752 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D76.1 | LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ |
| 753 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | D76.2 | ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM |
| 754 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85 | AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/ |
| 755 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85.0 | SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA |
| 756 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85.1 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA |
| 757 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85.2 | SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA |
| 758 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85.3 | WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE |
| 759 | **CYKLOPHOSPHAMIDUM** | E85.4 | ZLOKALIZOWANE (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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 | ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 155 | **DACARBAZINUM** | C38.2 | ŚRÓDPIERSIE TYLNE |
| 156 | **DACARBAZINUM** | C38.3 | ŚRÓDPIERSIE, 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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 719 | **DACARBAZINUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO 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 KOMÓREKT |
| 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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 | NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE 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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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, KRWIOTWÓRCZEGO 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, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 737 | **ETOPOSIDUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 738 | **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 | **FLUORO URACILUM** | C12 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO |
| 68 | **FLUORO URACILUM** | C13 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX) |
| 69 | **FLUORO URACILUM** | C13.0 | OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ |
| 70 | **FLUORO URACILUM** | C13.1 | FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO |
| 71 | **FLUORO URACILUM** | C13.2 | TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 72 | **FLUORO URACILUM** | C13.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA |
| 73 | **FLUORO URACILUM** | C13.9 | CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA |
| 74 | **FLUORO URACILUM** | C14 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 75 | **FLUORO URACILUM** | C14.0 | GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM |
| 76 | **FLUORO URACILUM** | C14.2 | PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA |
| 77 | **FLUORO URACILUM** | C14.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA |
| 78 | **FLUORO URACILUM** | C15 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU |
| 79 | **FLUORO URACILUM** | C15.0 | SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 80 | **FLUORO URACILUM** | C15.1 | PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 81 | **FLUORO URACILUM** | C15.2 | BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 82 | **FLUORO URACILUM** | C15.3 | GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 83 | **FLUORO URACILUM** | C15.4 | ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 84 | **FLUORO URACILUM** | C15.5 | DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU |
| 85 | **FLUORO URACILUM** | C15.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU |
| 86 | **FLUORO URACILUM** | C15.9 | PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY |
| 87 | **FLUORO URACILUM** | C16 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA |
| 88 | **FLUORO URACILUM** | C16.0 | WPUST |
| 89 | **FLUORO URACILUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 90 | **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 | **FLUORO URACILUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA |
| 115 | **FLUORO URACILUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO |
| 116 | **FLUORO URACILUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY |
| 117 | **FLUORO URACILUM** | C21 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 118 | **FLUORO URACILUM** | C21.0 | ODBYT, NIEOKREŚLONY |
| 119 | **FLUORO URACILUM** | C21.1 | KANAŁ ODBYTU |
| 120 | **FLUORO URACILUM** | C21.2 | STREFA KLOAKOGENNA |
| 121 | **FLUORO URACILUM** | C21.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU |
| 122 | **FLUORO URACILUM** | C22 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 123 | **FLUORO URACILUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY |
| 124 | **FLUORO URACILUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH |
| 125 | **FLUORO URACILUM** | C22.2 | WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA) |
| 126 | **FLUORO URACILUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY |
| 127 | **FLUORO URACILUM** | C22.4 | INNE MIĘSAKI WĄTROBY |
| 128 | **FLUORO URACILUM** | C22.7 | INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY |
| 129 | **FLUORO URACILUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA |
| 130 | **FLUORO URACILUM** | C23 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO |
| 131 | **FLUORO URACILUM** | C24 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 132 | **FLUORO URACILUM** | C24.0 | ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE |
| 133 | **FLUORO URACILUM** | C24.1 | BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA |
| 134 | **FLUORO URACILUM** | C24.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH |
| 135 | **FLUORO URACILUM** | C24.9 | DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 136 | **FLUORO URACILUM** | 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 | **FLUORO URACILUM** | C53.0 | BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY |
| 186 | **FLUORO URACILUM** | C53.1 | BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY |
| 187 | **FLUORO URACILUM** | C53.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY |
| 188 | **FLUORO URACILUM** | C53.9 | SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA |
| 189 | **FLUORO URACILUM** | C54 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY |
| 190 | **FLUORO URACILUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY |
| 191 | **FLUORO URACILUM** | C54.1 | BŁONA ŚLUZOWA MACICY |
| 192 | **FLUORO URACILUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY |
| 193 | **FLUORO URACILUM** | C54.3 | DNO MACICY |
| 194 | **FLUORO URACILUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY |
| 195 | **FLUORO URACILUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 196 | **FLUORO URACILUM** | C55 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY |
| 197 | **FLUORO URACILUM** | C56 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 198 | **FLUORO URACILUM** | C57 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 199 | **FLUORO URACILUM** | C57.0 | TRĄBKA FALLOPIA |
| 200 | **FLUORO URACILUM** | C57.1 | WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY |
| 201 | **FLUORO URACILUM** | C57.2 | WIĘZADŁO OBŁE MACICY |
| 202 | **FLUORO URACILUM** | C57.3 | PRZYMACICZA |
| 203 | **FLUORO URACILUM** | C57.4 | PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE |
| 204 | **FLUORO URACILUM** | C57.7 | INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE |
| 205 | **FLUORO URACILUM** | C57.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH |
| 206 | **FLUORO URACILUM** | C57.9 | ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE |
| 207 | **FLUORO URACILUM** | C60 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA |
| 208 | **FLUORO URACILUM** | C60.0 | NAPLETEK |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 209 | **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<br>*w przypadku:*<br>*mięsaka gładkokomórkowego* |
| 67 | **GEMCYTABINUM** | C54.0 | CIEŚŃ MACICY<br>*w przypadku:*<br>*mięsaka gładkokomórkowego* |

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 68 | **GEMCYTABINUM** | C54.1 | BŁONA SLUZOWA MACICY<br>*w przypadku:*<br>*mięsaka gładkokomórkowego* |
| 69 | **GEMCYTABINUM** | C54.2 | MIĘŚNIÓWKA MACICY<br>*w przypadku:*<br>*mięsaka gładkokomórkowego* |
| 70 | **GEMCYTABINUM** | C54.3 | DNO MACICY<br>*w przypadku:*<br>*mięsaka gładkokomórkowego* |
| 71 | **GEMCYTABINUM** | C54.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY<br>*w przypadku:*<br>*mięsaka gładkokomórkowego* |
| 72 | **GEMCYTABINUM** | C54.9 | TRZON MACICY, NIEOKRESLONE<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym* |
| 89 | **GEMCYTABINUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ<br>*w przypadku:*<br>*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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ |
| 110 | **GEMCYTABINUM** | C80 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA |
| 111 | **GEMCYTABINUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 112 | **GEMCYTABINUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 113 | **GEMCYTABINUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 114 | **GEMCYTABINUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 115 | **GEMCYTABINUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTOW<br>w przypadku:<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 116 | **GEMCYTABINUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 117 | **GEMCYTABINUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 118 | **GEMCYTABINUM** | C82 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 119 | **GEMCYTABINUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 121 | **GEMCYTABINUM** | C82.2 | WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 122 | **GEMCYTABINUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 123 | **GEMCYTABINUM** | C82.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 124 | **GEMCYTABINUM** | C83 | CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 125 | **GEMCYTABINUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 126 | **GEMCYTABINUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 127 | **GEMCYTABINUM** | C83.2 | MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 128 | **GEMCYTABINUM** | C83.3 | WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 129 | **GEMCYTABINUM** | C83.4 | IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)<br>*w przypadku:*<br>*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:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 131 | **GEMCYTABINUM** | C83.6 | NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 132 | **GEMCYTABINUM** | C83.7 | GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 133 | **GEMCYTABINUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 134 | **GEMCYTABINUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 135 | **GEMCYTABINUM** | C84 | OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 136 | **GEMCYTABINUM** | C84.0 | ZIARNINIAK GRZYBIASTY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 137 | **GEMCYTABINUM** | C84.1 | CHOROBA SEZARY' EGO<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 138 | **GEMCYTABINUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 139 | **GEMCYTABINUM** | C84.3 | CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 141 | **GEMCYTABINUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 142 | **GEMCYTABINUM** | C85 | INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 143 | **GEMCYTABINUM** | C85.0 | MIĘSAK LIMFATYCZNY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 144 | **GEMCYTABINUM** | C85.1 | CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 145 | **GEMCYTABINUM** | C85.7 | INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe* |
| 146 | **GEMCYTABINUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku:*<br>*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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA |
| 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, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH |
| 721 | **IFOSFAMIDUM** | D47.9 | NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO 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 KONCZYNY 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 (NARZĄDOWE) 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 CZĘŚĆ 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<br>*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<br>w przypadku:<br>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 T WARZY |
| 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 | NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA |
| 13. | **MELPHALANUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 14. | **MELPHALANUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 15. | **MELPHALANUM** | C81.1 | ST WARDNIENIE 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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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 ZŁOSLIWY INNYCH I NIEOKRESLONYCH CZĘSCI 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 ZŁOSLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKRESLONE 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 OKRESLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE<br>*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)<br>w przypadku<br>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 CZĘŚĆ 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 CZĘSC PRZEŁYKU<br>*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 CZĘSC PRZEŁYKU<br>*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 | SRODKOWA TRZECIA CZĘSC PRZEŁYKU<br>*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 CZĘSC PRZEŁYKU<br>*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<br>*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<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 84. | **PACLITAXELUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 85. | **PACLITAXELUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 86. | **PACLITAXELUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 87. | **PACLITAXELUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 88. | **PACLITAXELUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 89. | **PACLITAXELUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 90. | **PACLITAXELUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia* |
| 91. | **PACLITAXELUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY<br>*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<br>*w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia* |
| 190. | **PACLITAXELUM** | C60.0 | NAPLETEK<br>*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<br>*w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia* |
| 192. | **PACLITAXELUM** | C60.2 | TRZON PRĄCIA<br>*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<br>*w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia* |
| 194. | **PACLITAXELUM** | C60.9 | PRĄCIE, NIEOKREŚLONE<br>*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<br>*w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:*<br>*1) gruczolakoraka płuca lub*<br>*2) wielkokomórkowego raka płuca, lub*<br>*3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych*<br>*- 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)<br>*w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:*<br>*1) gruczolakoraka płuca lub*<br>*2) wielkokomórkowego raka płuca, lub*<br>*3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych*<br>*- 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<br>*w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:*<br>*1) gruczolakoraka płuca lub*<br>*2) wielkokomórkowego raka płuca, lub*<br>*3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych*<br>*- 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<br>*w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:*<br>*1) gruczolakoraka płuca lub*<br>*2) wielkokomórkowego raka płuca, lub*<br>*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<br>*w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:*<br>*1) gruczolakoraka płuca lub*<br>*2) wielkokomórkowego raka płuca, lub*<br>*3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych*<br>*- 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<br>*w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:*<br>*1) gruczolakoraka płuca lub*<br>*2) wielkokomórkowego raka płuca, lub*<br>*3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych*<br>*- 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<br>*w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:*<br>*1) gruczolakoraka płuca lub*<br>*2) wielkokomórkowego raka płuca, lub*<br>*3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych*<br>*- 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 | ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 11. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C38.2 | ŚRÓDPIERSIE TYLNE |
| 12. | **TOPOTECANUM wstrzyknięcie** | C38.3 | ŚRÓDPIERSIE, 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 | ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 4. | **TRETINOINUM** | C38.2 | ŚRÓDPIERSIE TYLNE |
| 5. | **TRETINOINUM** | C38.3 | ŚRÓDPIERSIE, 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 KOMÓREKT |
| 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA |
| 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 | ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE |
| 163. | **VINCRISTINUM** | C38.2 | ŚRÓDPIERSIE TYLNE |
| 164. | **VINCRISTINUM** | C38.3 | ŚRÓDPIERSIE, 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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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<br>w przypadku<br>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 | ŚRÓDPIERSIE |
| 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<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 2. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.0 | WPUST<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 3. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.1 | DNO ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 4. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.2 | TRZON ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 5. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.3 | UJŚCIE ODŹWIERNIKA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 6. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.4 | ODŹWIERNIK<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 7. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.5 | KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKRESLONA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 8. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.6 | KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 9. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 10. | **TEMOZOLOMIDUM** | C16.9 | ŻOŁĄDEK, NIEOKRESLONY<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 11. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 12. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.0 | DWUNASTNICA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 13. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.1 | JELITO CZCZE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 14. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.2 | JELITO KRĘTE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 15. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.3 | UCHYŁEK MECKELA<br>*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<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 17. | **TEMOZOLOMIDUM** | C17.9 | JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 18. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 19. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.0 | JELITO ŚLEPE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 20. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.1 | WYROSTEK ROBACZKOWY<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 21. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.2 | OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 22. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.3 | ZGIĘCIE WĄTROBOWE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 23. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.4 | OKRĘŻNICA POPRZECZNA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 24. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.5 | ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 25. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.6 | OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 26. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.7 | ESICA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 27. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 28. | **TEMOZOLOMIDUM** | C18.9 | OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 29. | **TEMOZOLOMIDUM** | C19 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 30. | **TEMOZOLOMIDUM** | C20 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY<br>*w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii* |
| 31. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.0 | RAK KOMÓREK WĄTROBY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 32. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.1 | RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 33. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.3 | MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY<br>*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<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 36. | **TEMOZOLOMIDUM** | C22.9 | WĄTROBA, NIEOKREŚLONA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 37. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.0 | SERCE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 38. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.1 | ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 39. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.2 | ŚRÓDPIERSIE TYLNE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 40. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.3 | ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 41. | **TEMOZOLOMIDUM** | C38.4 | OPŁUCNA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 42. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.0 | ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 43. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.1 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 44. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.2 | KOSCI DŁUGIE KONCZYNY DOLNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 45. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.3 | KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 46. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 47. | **TEMOZOLOMIDUM** | C40.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 48. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.0 | KOSCI CZASZKI I TWARZY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 49. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.1 | ŻUCHWA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 50. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.2 | KOŚCI KRĘGOSŁUPA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 51. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.3 | KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 52. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.4 | KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA<br>*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<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 54. | **TEMOZOLOMIDUM** | C41.9 | KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 55. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.0 | MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 56. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.1 | MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 57. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.2 | MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 58. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.7 | MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 59. | **TEMOZOLOMIDUM** | C45.9 | MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 60. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.0 | NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 61. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.1 | NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 62. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.3 | NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 63. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.4 | NERWY OBWODOWE BRZUCHA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 64. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.6 | NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 65. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 66. | **TEMOZOLOMIDUM** | C47.9 | NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 67. | **TEMOZOLOMIDUM** | C48.0 | PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 68. | **TEMOZOLOMIDUM** | C48.1 | OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 69. | **TEMOZOLOMIDUM** | C48.2 | OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 70. | **TEMOZOLOMIDUM** | C48.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ<br>*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<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 72. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.1 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 73. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.2 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 74. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.3 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 75. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 76. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 77. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.6 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 78. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 79. | **TEMOZOLOMIDUM** | C49.9 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 80. | **TEMOZOLOMIDUM** | C63.0 | NAJĄDRZE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 81. | **TEMOZOLOMIDUM** | C64 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 82. | **TEMOZOLOMIDUM** | C65 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 83. | **TEMOZOLOMIDUM** | C66 | NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 84. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.0 | TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 85. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.1 | SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 86. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.2 | ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 87. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.3 | ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 88. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.4 | ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*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<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 91. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.7 | MOCZOWNIK<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 92. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 93. | **TEMOZOLOMIDUM** | C67.9 | PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 94. | **TEMOZOLOMIDUM** | C68.0 | CEWKA MOCZOWA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 95. | **TEMOZOLOMIDUM** | C68.1 | GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 96. | **TEMOZOLOMIDUM** | C68.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 97. | **TEMOZOLOMIDUM** | C68.9 | UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 98. | **TEMOZOLOMIDUM** | C69.2 | SIATKÓWKA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 99. | **TEMOZOLOMIDUM** | C69.6 | OCZODOŁ<br>*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<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 112. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.2 | NERW WĘCHOWY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 113. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.3 | NERW WZROKOWY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 114. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 115. | **TEMOZOLOMIDUM** | C72.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 116. | **TEMOZOLOMIDUM** | C74.0 | KORA NADNERCZY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 117. | **TEMOZOLOMIDUM** | C74.1 | RDZEŃ NADNERCZY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 118. | **TEMOZOLOMIDUM** | C74.9 | NADNERCZE, NIEOKREŚLONE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 119. | **TEMOZOLOMIDUM** | C75.9 | GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY |
| 120. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.0 | GŁOWA, TWARZ I SZYJA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 121. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.1 | KLATKA PIERSIOWA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 122. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.2 | BRZUCH<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 123. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.3 | MIEDNICA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 124. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.4 | KOŃCZYNA GÓRNA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 125. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.5 | KOŃCZYNA DOLNA<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 126. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.7 | INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 127. | **TEMOZOLOMIDUM** | C76.8 | ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 128. | **TEMOZOLOMIDUM** | C97 | NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ<br>*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<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 130. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 131. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 132. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.4 | RDZEŃ KRĘGOWY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 133. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.7 | INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 134. | **TEMOZOLOMIDUM** | D33.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 135. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.0 | MÓZG, NADNAMIOTOWE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 136. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.1 | MÓZG, PODNAMIOTOWE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 137. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.2 | MÓZG, NIEOKREŚLONY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 138. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.3 | NERWY CZASZKOWE<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 139. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.4 | RDZEŃ KRĘGOWY<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 140. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.7 | INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO<br>*u dzieci do 18 roku życia* |
| 141. | **TEMOZOLOMIDUM** | D43.9 | CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w trzeciej linii leczenia* |
| 2. | **CLOFARABINUM** | C92.0 | OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 2. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 3. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 4. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 5. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 6. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 7. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C81.9 | CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA<br>*w przypadku:*<br>*pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.* |
| 8. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C82.0 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>*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<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 10. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C82.7 | INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 11. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C83.0 | Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 12. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C83.1 | Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii*<br>*albo*<br>*w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:*<br>*a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>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)<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 14. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C83.8 | INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 15. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C83.9 | ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 16. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C84.2 | CHŁONIAK STREFY T<br>*w przypadku:*<br>*oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.* |
| 17. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C84.4 | OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T<br>*w przypadku:*<br>*oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.* |
| 18. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C84.5 | INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii*<br>*albo*<br>*w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:*<br>*a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 20. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C85.9 | CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 21. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C88.0 | MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA<br>*w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:*<br>*a) oporności na rytuksymab lub*<br>*b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub*<br>c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.* |
| 22. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C90 | SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH<br>*w drugiej i następnych liniach leczenia.* |
| 23. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI<br>*w drugiej i następnych liniach leczenia.* |
| 24. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA<br>*w drugiej i następnych liniach leczenia.* |
| 25. | **BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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,*<br>*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<br>*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<br>*w przypadku*<br>*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<br>*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 $2,0 \times 10^6$ komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym pojedynczym przeszczepem
      lub
   b) mniej niż $4,0 \times 10^6$ komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym przeszczepem tandemowym,

przy wykorzystaniu do 4 dawek pleryksaforu, we wskazaniach zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

| Lp. | NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA | KOD ICD-10 | NAZWA ICD-10 |
|---|---|---|---|
| 1. | **PLERIXAFORUM** | C81 | CHOROBA HODGKINA |
| 2. | **PLERIXAFORUM** | C81.0 | PRZEWAGA LIMFOCYTÓW |
| 3. | **PLERIXAFORUM** | C81.1 | STWARDNIENIE GUZKOWE |
| 4. | **PLERIXAFORUM** | C81.2 | MIESZANOKOMÓRKOWA |
| 5. | **PLERIXAFORUM** | C81.3 | ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW |
| 6. | **PLERIXAFORUM** | C81.7 | INNA CHOROBA HODGKINA |

| 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<br>*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<br>*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<br>*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<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy* |
| 2. | **LEUPRORELINUM** | C49.4 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA<br>*w przypadku:*<br>*agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy* |
| 3. | **LEUPRORELINUM** | C49.5 | TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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<br>*zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej* |
| 4 | **BORTEZOMIBUM** | C90.0 | SZPICZAK MNOGI<br>*zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej* |
| 5 | **BORTEZOMIBUM** | C90.1 | BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA<br>*zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej* |
| 6 | **BORTEZOMIBUM** | C90.2 | POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA<br>*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<br>*Leczenie wznowy ostrej białaczki limfoblastycznej w populacji pediatrycznej zarówno w grupie standardowego ryzyka (SR) jak i wysokiego ryzyka (HR).*<br>*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<br>*w przypadku:*<br>*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)<br>*w przypadku:*<br>*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 | Apixabanum | Eliquis, tabl. powl., 2,5 mg | 20 tabl. | 5909990861040 |
| 94 | Atenololum | Atenolol Sanofi 50, tabl., 50 mg | 30 szt. | 5909990011414 |
| 95 | Atenololum | Atenolol Sanofi 25, tabl., 25 mg | 60 szt. | 5909990370610 |
| 96 | Atorvastatinum | Torvalipin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990053179 |
| 97 | Atorvastatinum | Torvalipin, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990053230 |
| 98 | Atorvastatinum | Torvalipin, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990053278 |
| 99 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909990077847 |
| 100 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990077939 |
| 101 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909990078028 |
| 102 | Atorvastatinum | Atractin, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990078141 |
| 103 | Atorvastatinum | Atractin, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990078264 |
| 104 | Atorvastatinum | Atractin, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990078356 |
| 105 | Atorvastatinum | Larus, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990078530 |
| 106 | Atorvastatinum | Larus, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990078707 |
| 107 | Atorvastatinum | Larus, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990078790 |
| 108 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 5909990336647 |
| 109 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 5909990419173 |
| 110 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990573530 |
| 111 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990573400 |
| 112 | Atorvastatinum | Atorvox, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990573547 |
| 113 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909990623464 |
| 114 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909990787586 |
| 115 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990787609 |
| 116 | Atorvastatinum | Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909990787647 |
| 117 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909990991815 |

| 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 | Atoris, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990991914 |
| 119 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990998814 |
| 120 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990998821 |
| 121 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 5909990998838 |
| 122 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990998913 |
| 123 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990998920 |
| 124 | Atorvastatinum | Tulip, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 5909990998937 |
| 125 | Atorvastatinum | Atrox 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991124618 |
| 126 | Atorvastatinum | Atrox 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991124717 |
| 127 | Atorvastatinum | Atrox 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991124816 |
| 128 | Atorvastatinum | Corator, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909991150914 |
| 129 | Atorvastatinum | Corator, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991151010 |
| 130 | Atorvastatinum | Corator, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991151119 |
| 131 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909990905508 |
| 132 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990905638 |
| 133 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909990905782 |
| 134 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 5909990885282 |
| 135 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 5909990885336 |
| 136 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 5909990885374 |
| 137 | Atorvastatinum | Atorvastatinum 123ratio, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909990849246 |
| 138 | Atorvastatinum | Atorvastatinum 123ratio, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909990848904 |
| 139 | Atorvastatinum | Atorvastatinum 123ratio, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990849086 |
| 140 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909990810161 |
| 141 | Atorvastatinum | Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 5909990810208 |
| 142 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 5909990623488 |
| 143 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 20 mg | 60 tabl. | 5909991013806 |
| 144 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 40 mg | 60 tabl. | 5909990623471 |
| 145 | Atorvastatinum | Atoris, tabl. powl., 30 mg | 60 tabl. | 5909990885299 |
| 146 | Atorvastatinum | Atrox, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 5909991011383 |
| 147 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909991042097 |

| 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 | Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909991042103 |
| 149 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909991042134 |
| 150 | Atorvastatinum | Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 5909991042141 |
| 151 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990938926 |
| 152 | Atorvastatinum | Atorvagen, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909990938995 |
| 153 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909990887262 |
| 154 | Atorvastatinum | Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990338290 |
| 155 | Atorvastatinum | Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990338368 |
| 156 | Atorvastatinum | Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990338436 |
| 157 | Atorvastatinum | Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 5909990338443 |
| 158 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909990900053 |
| 159 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909990900275 |
| 160 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990899920 |
| 161 | Atorvastatinum | Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg | 30 szt. | 5909991041298 |
| 162 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 60 tabl. | 5909990810178 |
| 163 | Atorvastatinum | Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg | 90 tabl. | 5909990810185 |
| 164 | Atorvastatinum | Torvacard, tabl. powl., 80 mg | 30 tabl. | 5909990957071 |
| 165 | Atorvastatinum | Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg | 30 tabl. | 5909990900459 |
| 166 | Atorvastatinum | Atrox 10, tabl. powl., 10 mg | 60 tabl. | 5907695215137 |
| 167 | Atorvastatinum | Atrox 20, tabl. powl., 20 mg | 60 tabl. | 5907695215144 |
| 168 | Atorvastatinum | Atrox 40, tabl. powl., 40 mg | 60 tabl. | 5907695215151 |
| 169 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990887279 |
| 170 | Atorvastatinum | Atorvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909990887286 |
| 171 | Atorvastatinum | Atorvastatin Vitama, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909991200787 |
| 172 | Atorvastatinum | Atorvastatin Vitama, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909991201050 |
| 173 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg | 90 tabl. | 5909990905553 |
| 174 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg | 60 tabl. | 5909990905539 |
| 175 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg | 60 tabl. | 5909990905652 |
| 176 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg | 90 tabl. | 5909990905867 |
| 177 | Atorvastatinum | Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg | 60 tabl. | 5909990905805 |

| 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 | 90 tabl. | 5909990905676 |
| 179 | Atorvastatinum | Atrox 20, tabl. powl., 20 mg | 90 szt. | 5907695215366 |
| 180 | Atorvastatinum | Atrox 40, tabl. powl., 40 mg | 90 szt. | 5907695215373 |
| 181 | Atorvastatinum | Atrox 10, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 5907695215359 |
| 182 | Beclometasonum | Cortare, aerozol inhalacyjny, roztwór, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 1 op. 200 daw. | 5909990061303 |
| 183 | Beclometasonum | Cortare, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 op. 200 daw. | 5909990061440 |
| 184 | Beclometasonum + Formoterolum | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę | poj.po 180 daw. | 5909990054152 |
| 185 | Beclometasonum + Formoterolum | Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę | poj.po 180 daw. | 5909991245696 |
| 186 | Benazeprilum | Lotensin, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990118816 |
| 187 | Benazeprilum | Lotensin, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990118915 |
| 188 | Benazeprilum | Lotensin, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990119011 |
| 189 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml | 5 ml | 5909990186518 |
| 190 | Betaxololum | Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml | 10 ml | 5909990186525 |
| 191 | Betaxololum | Optibetol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 5 ml (but.) | 5909990925513 |
| 192 | Bimatoprostum | Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 5909990008469 |
| 193 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 5909991097066 |
| 194 | Bimatoprostum | Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 5909991097073 |
| 195 | Bimatoprostum | Treprovist, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 5909991094041 |
| 196 | Bimatoprostum | Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 5909991285708 |
| 197 | Bimatoprostum | Bimaroz, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 butelki 3 ml | 5909991105600 |
| 198 | Bimatoprostum | Bimaroz, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 butelka 3 ml | 5909991105594 |
| 199 | Bimatoprostum | Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 butelki po 3 ml | 5907553017644 |
| 200 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 3 but.po 3 ml | 5909991335670 |
| 201 | Bimatoprostum | Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 5909991335663 |
| 202 | Bimatoprostum + Timololum | Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml | 1 but.po 3 ml | 5909990574315 |
| 203 | Bisoprololum | Bisoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991015015 |
| 204 | Bisoprololum | Bisoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991015114 |
| 205 | Bisoprololum | Coronal 5, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990633791 |
| 206 | Bisoprololum | Coronal 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990633852 |
| 207 | Bisoprololum | Coronal 5, tabl. powl., 5 mg | 60 tabl. | 5909990633807 |

| 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 | Bisoprololum | Coronal 10, tabl. powl., 10 mg | 60 tabl. | 5909990633869 |
| 209 | Bisoprololum | Sobycor, tabl. powl., 5 mg | 60 szt. | 5909991097448 |
| 210 | Bisoprololum | Sobycor, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909991097523 |
| 211 | Bisoprololum | Sobycor, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 5909991097400 |
| 212 | Bisoprololum | Sobycor, tabl. powl., 10 mg | 60 szt. | 5909991097554 |
| 213 | Bisoprololum | Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 60 tabl. | 5909991197070 |
| 214 | Bisoprololum | Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 90 tabl. | 5909991197063 |
| 215 | Bisoprololum | Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 60 tabl. | 5909991197049 |
| 216 | Bisoprololum | Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 90 tabl. | 5909991197056 |
| 217 | Bisoprololum | Bisoprolol Actavis, tabl., 5 mg | 30 tabl. | 5909990813483 |
| 218 | Bisoprololum | Bisoprolol Actavis, tabl., 10 mg | 30 tabl. | 5909990813551 |
| 219 | Bisoprololum | Corectin 5, tabl. powl., 5 mg | 60 tabl. | 5909991066420 |
| 220 | Bisoprololum | Corectin 10, tabl. powl., 10 mg | 60 tabl. | 5909991066529 |
| 221 | Bisoprololum | Bisoprolol VP, tabletki, 5 mg | 30 tabl. | 5909991151911 |
| 222 | Bisoprololum | Bisoprolol VP, tabletki, 10 mg | 30 tabl. | 5909991152017 |
| 223 | Brimonidini tartras | Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 5907553017897 |
| 224 | Brimonidinum | Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml (but.) | 5909990677733 |
| 225 | Brimonidinum | Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml | 5909990865024 |
| 226 | Brimonidinum | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990874194 |
| 227 | Brimonidinum | Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml (but.) | 5909990974641 |
| 228 | Brimonidinum | Brymont, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 5 ml | 5909990866106 |
| 229 | Brimonidinum | Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 5906414000900 |
| 230 | Brimonidinum | Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 5909991304751 |
| 231 | Brimonidinum + Timololum | Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990570546 |
| 232 | Brinzolamidum | Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990869114 |
| 233 | Brinzolamidum | Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909991223571 |
| 234 | Brinzolamidum | Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909991250386 |
| 235 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 5909990335169 |
| 236 | Budesonidum | Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 5909990335176 |
| 237 | Budesonidum | Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. | 5909990335183 |

| 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 | Budesonidum | Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną | 1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet | 5909990335190 |
| 239 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 5909990337286 |
| 240 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 5909990337323 |
| 241 | Budesonidum | Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 1 inh.po 200 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy) | 5909990337354 |
| 242 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 5909990445615 |
| 243 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 5909990445714 |
| 244 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 5909990445813 |
| 245 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 5909990677313 |
| 246 | Budesonidum | Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 100 daw. | 5909990677412 |
| 247 | Budesonidum | Miflonide/Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990926213 |
| 248 | Budesonidum | Miflonide/Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990926312 |
| 249 | Budesonidum | Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) + inhal. Novolizer | 5909991033224 |
| 250 | Budesonidum | Budelin Novolizer 200, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 2,18 g proszku (200 daw.) | 5909991033248 |
| 251 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 5909991005733 |
| 252 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml | 20 szt. | 5909991107925 |
| 253 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 5909991204082 |
| 254 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 5909991203986 |
| 255 | Budesonidum | Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp. po 2 ml | 5909991005696 |
| 256 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 5909991233099 |
| 257 | Budesonidum | Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj.po 2 ml | 5909991269784 |
| 258 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 5906414002539 |
| 259 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 5906414002522 |
| 260 | Budesonidum | Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 poj. 2 ml | 5906414002515 |
| 261 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 5909991306137 |
| 262 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 5909991306144 |
| 263 | Budesonidum | BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 5909991306151 |
| 264 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 5909991283650 |
| 265 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 5909991283698 |
| 266 | Budesonidum | Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml | 20 amp.po 2 ml | 5909991283629 |
| 267 | Budesonidum | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną | 120 kaps. | 5909991223793 |

| 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 | Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną | 120 kaps. | 5909991223809 |
| 269 | Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. | 5909990873074 |
| 270 | Budesonidum + Formoterolum | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 5909990872886 |
| 271 | Budesonidum + Formoterolum | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 5909990873029 |
| 272 | Budesonidum + Formoterolum | Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. | 5909990873241 |
| 273 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg | 1 inhalator (120 dawek) | 5909991136932 |
| 274 | Budesonidum + Formoterolum | DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg | 1 inhalator (60 dawek) | 5909991136963 |
| 275 | Budesonidum + Formoterolum | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym | 5909991137465 |
| 276 | Budesonidum + Formoterolum | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 120 daw. z opakowaniem ochronnym | 5909991137458 |
| 277 | Budesonidum + Formoterolum | Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną | 1 inh.po 60 daw. z opakowaniem ochronnym | 5909991137625 |
| 278 | Buspironum | Spamilan, tabl., 5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990073597 |
| 279 | Buspironum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990073603 |
| 280 | Buspironum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 5909997201450 |
| 281 | Buspironum | Spamilan, tabl., 10 mg | 60 szt. | 5909997213538 |
| 282 | Candesartanum cilexetilum | Atacand, tabl., 8 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 5909990430017 |
| 283 | Candesartanum cilexetilum | Atacand, tabl., 8 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990430024 |
| 284 | Candesartanum cilexetilum | Atacand, tabl., 16 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990430123 |
| 285 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 8 mg | 28 szt. | 5909990772162 |
| 286 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 16 mg | 28 szt. | 5909990772193 |
| 287 | Candesartanum cilexetilum | Ranacand, tabl., 16 mg | 28 szt. | 5909990801350 |
| 288 | Candesartanum cilexetilum | Ranacand, tabl., 8 mg | 28 szt. | 5909990801367 |
| 289 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 8 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990739592 |
| 290 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 16 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990739653 |
| 291 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 8 mg | 56 tabl. | 5909990772179 |
| 292 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 16 mg | 56 tabl. | 5909990772209 |
| 293 | Candesartanum cilexetilum | Karbis, tabl., 32 mg | 28 tabl. | 5909990772230 |
| 294 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 8 mg | 28 tabl. | 5909990937080 |
| 295 | Candesartanum cilexetilum | Kandesar, tabl., 8 mg | 28 szt. | 5909990962839 |
| 296 | Candesartanum cilexetilum | Kandesar, tabl., 16 mg | 28 szt. | 5909990962945 |
| 297 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 16 mg | 28 tabl. | 5909990937172 |

| 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 | Carzap, tabl., 32 mg | 28 tabl. | 5909990937264 |
| 299 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 8 mg | 56 szt. | 5909990937103 |
| 300 | Candesartanum cilexetilum | Carzap, tabl., 16 mg | 56 szt. | 5909990937196 |
| 301 | Candesartanum cilexetilum | Kangen, tabl., 16 mg | 28 szt. | 5909991020507 |
| 302 | Candesartanum cilexetilum | Candepres, tabl., 32 mg | 28 tabl. | 5909990739707 |
| 303 | Candesartanum cilexetilum | Candesartan Genoptim, tabl., 8 mg | 28 szt. | 5909991306885 |
| 304 | Candesartanum cilexetilum | Candesartan Genoptim, tabl., 16 mg | 28 szt. | 5909991306991 |
| 305 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 5909990865178 |
| 306 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 5909990800360 |
| 307 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 5909990800629 |
| 308 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg | 56 szt. | 5909990865147 |
| 309 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg | 56 szt. | 5909990865185 |
| 310 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 5909990865222 |
| 311 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg | 28 szt. | 5909990865260 |
| 312 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 5909990865130 |
| 313 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg | 28 szt. | 5909990957170 |
| 314 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 28 szt. | 5909990957255 |
| 315 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg | 56 szt. | 5909990957194 |
| 316 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg | 56 szt. | 5909990957279 |
| 317 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg | 84 szt. | 5909991136833 |
| 318 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg | 84 szt. | 5909991136840 |
| 319 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg | 28 tabl. | 5909991058609 |
| 320 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg | 28 tabl. | 5909991057596 |
| 321 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg | 28 szt. | 5909991063702 |
| 322 | Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum | Candepres HCT, tabl., 32+25 mg | 28 szt. | 5909991064051 |
| 323 | Carvedilolum | Hypoten, tabl. powl., 6,25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990048465 |
| 324 | Carvedilolum | Hypoten, tabl. powl., 6,25 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990048472 |
| 325 | Carvedilolum | Hypoten, tabl. powl., 12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990048489 |
| 326 | Carvedilolum | Hypoten, tabl. powl., 12,5 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990048496 |
| 327 | Carvedilolum | Hypoten, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990048502 |

| 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 | Carvedilolum | Hypoten, tabl. powl., 25 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990048540 |
| 329 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 6,25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990074051 |
| 330 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990074099 |
| 331 | Carvedilolum | Avedol, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990074129 |
| 332 | Carvedilolum | Symtrend, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990074662 |
| 333 | Carvedilolum | Symtrend, tabl. powl., 12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990074754 |
| 334 | Carvedilolum | Symtrend, tabl. powl., 6,25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990074792 |
| 335 | Carvedilolum | Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg | 30 szt. | 5909990216505 |
| 336 | Carvedilolum | Coryol 25 mg, tabl., 25 mg | 30 szt. | 5909990216567 |
| 337 | Carvedilolum | Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg | 30 szt. | 5909990216604 |
| 338 | Carvedilolum | Carvedilolum 123ratio, tabl., 6,25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990338788 |
| 339 | Carvedilolum | Carvedilolum 123ratio, tabl., 12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990338856 |
| 340 | Carvedilolum | Carvedilolum 123ratio, tabl., 25 mg | 30 tabl. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990338931 |
| 341 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990687862 |
| 342 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990687879 |
| 343 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 6,25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990687886 |
| 344 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 6,25 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990687893 |
| 345 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990687909 |
| 346 | Carvedilolum | Vivacor, tabl., 12,5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990687930 |
| 347 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990727100 |
| 348 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990727148 |
| 349 | Carvedilolum | Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990727193 |
| 350 | Carvedilolum | Coryol, tabl., 6,25 mg | 30 szt. | 5909990983315 |
| 351 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 3,125 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909991016814 |
| 352 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 6,25 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909991016913 |
| 353 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 12,5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909991017019 |
| 354 | Carvedilolum | Carvetrend, tabl., 25 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 5909991017118 |
| 355 | Carvedilolum | Atram 25, tabl., 25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990570409 |
| 356 | Carvedilolum | Atram 12,5, tabl., 12,5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990570430 |
| 357 | Carvedilolum | Atram 6,25, tabl., 6,25 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990570454 |

| 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 Genoptim, tabl. powl., 25 mg | 30 szt. | 5909991291846 |
| 359 | Carvedilolum | Carvedilol Genoptim, tabl. powl., 6,25 mg | 30 szt. | 5909991291730 |
| 360 | Carvedilolum | Carvedilol Genoptim, tabl. powl., 12,5 mg | 30 szt. | 5909991291778 |
| 361 | Chloroquinum | Arechin, tabl., 250 mg | 30 tabl. | 5909991139582 |
| 362 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 5909990212057 |
| 363 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 5909990212064 |
| 364 | Ciclesonidum | Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg | 60 daw. (1 poj.po 60 daw.) | 5909990218523 |
| 365 | Ciclesonidum | Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg | 60 daw. (1 poj.po 60 daw.) | 5909990218530 |
| 366 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 0,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990066636 |
| 367 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990066667 |
| 368 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 2,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990066780 |
| 369 | Cilazaprilum | Cilan, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990066803 |
| 370 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990678648 |
| 371 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powl., 2,5 mg | 28 szt. | 5909990678655 |
| 372 | Cilazaprilum | Cazaprol, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990678679 |
| 373 | Cilazaprilum + Hydrochlorothiazidum | Cazacombi, tabl. powl., 5+12,5 mg | 28 szt. | 5909990781676 |
| 374 | Ciprofibratum | Lipanor, kaps., 100 mg | 30 kaps. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990376612 |
| 375 | Clonidinum | Iporel, tabl., 75 µg | 50 szt. | 5909990282814 |
| 376 | Clopamidum | Clopamid VP, tabl., 20 mg | 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 5909990141012 |
| 377 | Clopidogrelum | Clopidix, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990625826 |
| 378 | Clopidogrelum | Clopidogrel Teva, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 5909990718245 |
| 379 | Clopidogrelum | Grepid, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 5909990727667 |
| 380 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990754748 |
| 381 | Clopidogrelum | Carder, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990760244 |
| 382 | Clopidogrelum | Plavocorin, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990762729 |
| 383 | Clopidogrelum | Clopidogrel Apotex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 5909990774401 |
| 384 | Clopidogrelum | Trombex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 5909990821921 |
| 385 | Clopidogrelum | Zyllt, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 5909991109219 |
| 386 | Clopidogrelum | Areplex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909991167011 |
| 387 | Clopidogrelum | Pegorel, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 5909990793730 |

| 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 | Vixam, tabl., 75 mg | 30 szt. | 5909990866533 |
| 389 | Clopidogrelum | Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 5909991029388 |
| 390 | Clopidogrelum | Clopidogrel Genoptim, tabl. powl., 75 mg | 28 tabl. | 5909990762194 |
| 391 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 5909991251949 |
| 392 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 5909991271602 |
| 393 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 5909991298319 |
| 394 | Clopidogrelum | Agregex, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 5909991318543 |
| 395 | Clopidogrelum | Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 5909990768141 |
| 396 | Clopidogrelum | Zyllt, tabletki powlekane, 75 mg | 28 szt. | 5901878600475 |
| 397 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg | 10 szt. | 5909990641215 |
| 398 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg | 30 szt. | 5909990641222 |
| 399 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg | 10 szt. | 5909990641253 |
| 400 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg | 30 szt. | 5909990641260 |
| 401 | Dabigatranum etexilatum | Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg | 30 szt. | 5909990887453 |
| 402 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 2500 j.m. (anty-Xa)/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 5909990776412 |
| 403 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m. (anty-Xa)/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 5909990776511 |
| 404 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 7500 j.m. (anty-Xa)/0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 5909990949410 |
| 405 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 12500 j.m. (anty-Xa)/0,5 ml | 5 amp.-strz.po 0,5 ml | 5909990949519 |
| 406 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 15000 j.m. (anty-Xa)/0,6 ml | 5 amp.-strz.po 0,6 ml | 5909990949618 |
| 407 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 18000 j.m. (anty-Xa)/0,72 ml | 5 amp.-strz z igłą po 0,72 ml | 5909990949717 |
| 408 | Dalteparinum natricum | Fragmin, roztwór do wstrzykiwań, 10000 j.m. (anty-Xa)/0,4 ml | 5 amp.-strz.po 0,4 ml | 5909990958818 |
| 409 | Donepezili hydrochloridum | Donecept, tabletki powlekane, 10 mg | 28 tabl. | 5909991344481 |
| 410 | Donepezilum | Donesyn, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990657353 |
| 411 | Donepezilum | Donesyn, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990657360 |
| 412 | Donepezilum | Symepezil, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990662104 |
| 413 | Donepezilum | Donecept, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990689781 |
| 414 | Donepezilum | Donecept, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990689873 |
| 415 | Donepezilum | Pamigen, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990726929 |
| 416 | Donepezilum | Pamigen, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990726936 |
| 417 | Donepezilum | Apo-Doperil, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909990770038 |

| 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 | Donepezilum | Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909990770045 |
| 419 | Donepezilum | Doneprion, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909990776870 |
| 420 | Donepezilum | Doneprion, tabl. powl., 10 mg | 28 tabl. | 5909990776900 |
| 421 | Donepezilum | Yasnal, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909990993215 |
| 422 | Donepezilum | Yasnal, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909990993314 |
| 423 | Donepezilum | Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909991024314 |
| 424 | Donepezilum | Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909991024413 |
| 425 | Donepezilum | Donepex, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909991055912 |
| 426 | Donepezilum | Donepex, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909991056018 |
| 427 | Donepezilum | Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 30 szt. | 5909990851478 |
| 428 | Donepezilum | Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 30 szt. | 5909990851492 |
| 429 | Donepezilum | Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909990814077 |
| 430 | Donepezilum | Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909990814138 |
| 431 | Donepezilum | Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 5909990798933 |
| 432 | Donepezilum | Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 5909990798940 |
| 433 | Donepezilum | Donectil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990683666 |
| 434 | Donepezilum | Donectil, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990683581 |
| 435 | Donepezilum | Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg | 28 szt. | 5909990850204 |
| 436 | Donepezilum | Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg | 28 szt. | 5909990850075 |
| 437 | Donepezilum | Donepezil Polfarmex, tabl., 5 mg | 28 szt. | 5909990877553 |
| 438 | Donepezilum | Donepezil Polfarmex, tabl., 10 mg | 28 szt. | 5909990877669 |
| 439 | Donepezilum | Donestad, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909990800308 |
| 440 | Donepezilum | Donestad, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909990800353 |
| 441 | Donepezilum | Donepesan, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909991095246 |
| 442 | Donepezilum | Donepestan/Donepezil Hydrochloride Accord, tabl. powl., 5 mg | 98 szt. | 5909990825639 |
| 443 | Donepezilum | Donepestan/Donepezil Hydrochloride Accord, tabl. powl., 10 mg | 98 szt. | 5909990825745 |
| 444 | Donepezilum | Donecept, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909991266509 |
| 445 | Donepezilum | Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 5909991024420 |
| 446 | Donepezilum | Symepezil, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909991275747 |
| 447 | Donepezilum | Symepezil, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909991275778 |

| 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 | Apo-Doperil, tabl. powl., 10 mg | 98 szt. | 5902020661474 |
| 449 | Donepezilum | Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg | 84 szt. | 5907695215380 |
| 450 | Donepezilum | Donecept, tabletki powlekane, 10 mg | 28 tabletek | 5909991328726 |
| 451 | Donepezilum | Donepestan, tabl. powl., 5 mg | 28 tabl. | 5909990825561 |
| 452 | Donepezilum | Donepestan, tabl. powl., 10 mg | 28 tabl. | 5909990825677 |
| 453 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990643929 |
| 454 | Dorzolamidum | Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990661329 |
| 455 | Dorzolamidum | Oftidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990849741 |
| 456 | Dorzolamidum | Dropzol, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but. | 5909990838325 |
| 457 | Dorzolamidum | Dorzostill, krople do oczu, 20 mg/ml | 5 ml | 5909990795284 |
| 458 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990942855 |
| 459 | Dorzolamidum | Dorzolamid STADA, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990880591 |
| 460 | Dorzolamidum | Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 x 5 ml | 5906414000962 |
| 461 | Dorzolamidum | Dorzolamide Genoptim/Dorzoma Mono, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909991234904 |
| 462 | Dorzolamidum | Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 5900257101015 |
| 463 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 5909991310936 |
| 464 | Dorzolamidum | Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 5909991310943 |
| 465 | Dorzolamidum | Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 3 butelki 5 ml | 5909991344313 |
| 466 | Dorzolamidum | Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 1 butelka 5 ml | 5909991344306 |
| 467 | Dorzolamidum + Timololum | Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990442423 |
| 468 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990746705 |
| 469 | Dorzolamidum + Timololum | Tymolamid, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 poj.po 5 ml | 5909990864225 |
| 470 | Dorzolamidum + Timololum | Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 5 ml | 5909990866144 |
| 471 | Dorzolamidum + Timololum | Dropzol Tim, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990898305 |
| 472 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909991067267 |
| 473 | Dorzolamidum + Timololum | Dorzolamide + Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990894383 |
| 474 | Dorzolamidum + Timololum | Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 x 5 ml w butelce | 5906414000955 |
| 475 | Dorzolamidum + Timololum | Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but.po 5 ml | 5909991067274 |
| 476 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 3 but. po 5 ml | 5909991340681 |
| 477 | Dorzolamidum + Timololum | Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml | 1 but. po 5 ml | 5909991340674 |

| 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 | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 1 butelka po 5 ml | 5909991311049 |
| 479 | Dorzolamidum + Timololum | Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml | 3 butelki po 5 ml | 5909991311056 |
| 480 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990022571 |
| 481 | Doxazosinum | Doxagen, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990037957 |
| 482 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 30 tabl. | 5909990431410 |
| 483 | Doxazosinum | Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg | 30 szt. | 5909990431519 |
| 484 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990484911 |
| 485 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990485017 |
| 486 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990485116 |
| 487 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990491315 |
| 488 | Doxazosinum | Kamiren, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990491414 |
| 489 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990854318 |
| 490 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990854417 |
| 491 | Doxazosinum | Doxanorm, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990854516 |
| 492 | Doxazosinum | Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 5909990969517 |
| 493 | Doxazosinum | Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 5909990969616 |
| 494 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 5909990969715 |
| 495 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991149611 |
| 496 | Doxazosinum | Doxonex, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991149710 |
| 497 | Doxazosinum | Doxalong, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 30 szt. | 5909990790951 |
| 498 | Doxazosinum | Doxalong, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 90 szt. | 5909990884582 |
| 499 | Doxazosinum | Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg | 60 szt. | 5909991013820 |
| 500 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 30 tabl. | 5901720140005 |
| 501 | Doxazosinum | Dozox, tabl., 4 mg | 90 tabl. | 5901720140012 |
| 502 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 5909990080267 |
| 503 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 120 tabl. | 5908289660289 |
| 504 | Doxazosinum | Zoxon 1, tabl., 1 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990903320 |
| 505 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 2 mg | 28 szt. | 5909991276492 |
| 506 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 28 szt. | 5909991276508 |
| 507 | Doxazosinum | Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg | 60 szt. | 5909991271367 |

| 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 | Doxar, tabl., 2 mg | 28 szt. | 5909991298043 |
| 509 | Doxazosinum | Doxar, tabl., 4 mg | 28 szt. | 5909991298050 |
| 510 | Doxazosinum | Zoxon 2, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990903429 |
| 511 | Doxazosinum | Zoxon 4, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990903511 |
| 512 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 30 tabl. | 5909990902255 |
| 513 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 4 mg | 90 tabl. | 5909990902293 |
| 514 | Doxazosinum | Adadox, tabletki, 2 mg | 30 tabl. | 5909990901890 |
| 515 | Doxazosinum | Doxar, tabletki, 4 mg | 28 tabl. | 5909991325626 |
| 516 | Doxazosinum | Doxorion, tabletki, 4 mg | 30 szt. | 5909991320751 |
| 517 | Doxazosinum | Doxorion, tabletki, 2 mg | 30 szt. | 5909991320737 |
| 518 | Doxazosinum | Doxazosin Genoptim, tabletki, 2 mg | 30 tabletek | 5909991288815 |
| 519 | Doxazosinum | Doxazosin Genoptim, tabletki, 4 mg | 30 tabletek | 5909991288945 |
| 520 | Doxazosinum | Doxazosin Genoptim, tabletki, 1 mg | 30 tabletek | 5909991288679 |
| 521 | Enalaprilum | Enarenal, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990014934 |
| 522 | Enalaprilum | Enarenal, tabl., 5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990014958 |
| 523 | Enalaprilum | Enarenal, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990015030 |
| 524 | Enalaprilum | Enarenal, tabl., 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990015054 |
| 525 | Enalaprilum | Enarenal, tabl., 20 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990020829 |
| 526 | Enalaprilum | Enarenal, tabl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990020836 |
| 527 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 5909990048328 |
| 528 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 5909990048427 |
| 529 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 5909990774821 |
| 530 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 5909990774920 |
| 531 | Enoxaparinum natricum | Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 5909990775026 |
| 532 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 5909990891429 |
| 533 | Enoxaparinum natricum | Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 5909990891528 |
| 534 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml | 10 amp.-strz.po 0,2 ml | 5906395161010 |
| 535 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 5906395161058 |
| 536 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 5906395161072 |
| 537 | Enoxaparinum natricum | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 5906395161096 |

| 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 | Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 5906395161034 |
| 539 | Eprosartanum | Teveten, tabl. powl., 600 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 5909990868414 |
| 540 | Ezetimibum | Ezetrol, tabl., 10 mg | 28 szt. | 5909990221066 |
| 541 | Ezetimibum | Ezen, tabletki, 10 mg | 28 szt. | 5909991096229 |
| 542 | Ezetimibum | Ezetimibe Mylan, tabl., 10 mg | 28 szt. | 5909991189822 |
| 543 | Ezetimibum | Ezoleta, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 5909991311407 |
| 544 | Ezetimibum | Symezet, tabletki w blistrze, 10 mg | 30 szt. | 5909991347529 |
| 545 | Ezetimibum | Ezehron, tabletki, 10 mg | 28 tabl. | 5909991347161 |
| 546 | Ezetimibum | Mizetib, tabletki, 10 mg | 28 tabl. | 5903060613973 |
| 547 | Ezetimibum | Ezolip, tabletki, 10 mg | 30 tabl. | 5909991304416 |
| 548 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Atozet, tabl. powl., 10+40 mg | 30 szt. | 5909991226633 |
| 549 | Ezetimibum + Atorvastatinum | Atozet, tabl. powl., 10+80 mg | 30 szt. | 5909991226725 |
| 550 | Felodipinum | Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 28 szt. | 5909990344819 |
| 551 | Felodipinum | Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 28 szt. | 5909990344918 |
| 552 | Fenofibratum | Grofibrat, kaps., 100 mg | 50 szt. | 5909990109814 |
| 553 | Fenofibratum | Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990431342 |
| 554 | Fenofibratum | Grofibrat 200, kaps., 200 mg | 30 szt. | 5909990492114 |
| 555 | Fenofibratum | Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg | 30 szt. | 5909990492817 |
| 556 | Fenofibratum | Fenardin, kaps. twarde, 267 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990611065 |
| 557 | Fenofibratum | Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990687947 |
| 558 | Fenofibratum | Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990903917 |
| 559 | Fenofibratum | Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg | 30 szt. | 5909990909414 |
| 560 | Fenofibratum | Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg | 30 szt. | 5909990754496 |
| 561 | Fenofibratum | Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg | 30 szt. | 5909990754526 |
| 562 | Fenofibratum | Fenardin, kaps. twarde, 160 mg | 30 szt. (3 blist.po 10) | 5909990713974 |
| 563 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg | 30 tabl. | 5909991212339 |
| 564 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg | 30 tabl. | 5909991201173 |
| 565 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabletki powlekane, 160 mg | 60 szt. | 5907594031500 |
| 566 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabletki powlekane, 160 mg | 90 szt. | 5907594031609 |
| 567 | Fenofibratum | Grofibrat S, tabletki powlekane, 215 mg | 90 szt. | 5907594031807 |

| 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 | Grofibrat S, tabletki powlekane, 215 mg | 60 szt. | 5907594031708 |
| 569 | Fenoterolum | Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 5909990376414 |
| 570 | Fenoterolum + Ipratropii bromidum | Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml | 20 ml | 5909990101917 |
| 571 | Fenoterolum + Ipratropii bromidum | Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 dawek | 5909990917815 |
| 572 | Finasteridum | Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990017973 |
| 573 | Finasteridum | Hyplafin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990017997 |
| 574 | Finasteridum | Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990048670 |
| 575 | Finasteridum | Finxta, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990050895 |
| 576 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990055098 |
| 577 | Finasteridum | Androster, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990055470 |
| 578 | Finasteridum | Antiprost, tabl. powl., 5 mg | 30 tabl. | 5909990067770 |
| 579 | Finasteridum | Antiprost, tabl. powl., 5 mg | 100 szt. | 5909990067787 |
| 580 | Finasteridum | Symasteride, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990074105 |
| 581 | Finasteridum | Finaran, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990082391 |
| 582 | Finasteridum | Proscar, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990362110 |
| 583 | Finasteridum | FinaGen, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990692781 |
| 584 | Finasteridum | Zasterid, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909991053710 |
| 585 | Finasteridum | Finaride, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991069315 |
| 586 | Finasteridum | Finaster, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909991151218 |
| 587 | Finasteridum | Finamef, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 5909990713127 |
| 588 | Finasteridum | Finamef, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 5909990713141 |
| 589 | Finasteridum | Finaster, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 5909990811045 |
| 590 | Finasteridum | Androster, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 5909990906154 |
| 591 | Finasteridum | Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 5909990938797 |
| 592 | Finasteridum | Uronezyr, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 5909991088842 |
| 593 | Finasteridum | Symasteride, tabl. powl., 5 mg | 90 tabl. | 5909991107871 |
| 594 | Finasteridum | Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 5909991096571 |
| 595 | Finasteridum | Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 5909991096601 |
| 596 | Finasteridum | Finamef, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 5909991222673 |
| 597 | Finasteridum | Finaster, tabl. powl., 5 mg | 120 szt. | 5909991207311 |

| 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 | Hyplafin, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 5909997205762 |
| 599 | Finasteridum | Finahit, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 5909990855681 |
| 600 | Finasteridum | Finahit, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 5909990855636 |
| 601 | Finasteridum | Adaster, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. | 5909990711987 |
| 602 | Finasteridum | Adaster, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 5909990711949 |
| 603 | Finasteridum | Finamef, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 5909991282288 |
| 604 | Finasteridum | Penester, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990077267 |
| 605 | Finasteridum | Penester, tabl. powl., 5 mg | 90 szt. (6 blist.po 15 szt.) | 5909990077274 |
| 606 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg | 120 tabl. | 5909991284053 |
| 607 | Finasteridum | Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg | 90 tabl. | 5909991289430 |
| 608 | Finasteridum | Finiprost, tabletki powlekane, 5 mg | 30 szt. | 5909991317720 |
| 609 | Fluoxetinum | Seronil, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990374311 |
| 610 | Fluoxetinum | Seronil, tabl. powl., 10 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990374328 |
| 611 | Fluoxetinum | Seronil, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990374410 |
| 612 | Fluoxetinum | Seronil, kaps. twarde, 20 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990374427 |
| 613 | Fluoxetinum | Bioxetin, tabl., 20 mg | 30 szt. | 5909990372317 |
| 614 | Fluoxetinum | Deprexetin, kaps., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990747610 |
| 615 | Fluoxetinum | Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990770311 |
| 616 | Fluoxetinum | Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg | 28 szt. | 5909990776955 |
| 617 | Fluoxetinum | Andepin, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991065515 |
| 618 | Fluoxetinum | Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990742509 |
| 619 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 5909990832422 |
| 620 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 5909990832521 |
| 621 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 5909990832620 |
| 622 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 5909990906918 |
| 623 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 5909990907014 |
| 624 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 120 daw. (1 poj.po 120 daw.) | 5909990907113 |
| 625 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 5909991034900 |
| 626 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 5909991034924 |
| 627 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator (60 dawek) | 5909991034931 |

| 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 | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 5909991274931 |
| 629 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg | 1 inh.po 60 daw. | 5909991274955 |
| 630 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 5909991034870 |
| 631 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 5909991034887 |
| 632 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną | 1 inhalator 60 dawek | 5909991034894 |
| 633 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 5906720534687 |
| 634 | Fluticasoni propionas + Salmeterolum | Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj. 120 dawek | 5906720534670 |
| 635 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 5909990484522 |
| 636 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 5909990484621 |
| 637 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 5909990484720 |
| 638 | Fluticasonum | Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną | 60 daw. | 5909990484829 |
| 639 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 5909990785858 |
| 640 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną | 60 kaps. | 5909990785889 |
| 641 | Fluticasonum | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg | 120 daw. | 5909990851317 |
| 642 | Fluticasonum | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 60 daw. | 5909990851416 |
| 643 | Fluticasonum | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg | 120 daw. | 5909990851423 |
| 644 | Fluticasonum | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 60 daw. | 5909990851515 |
| 645 | Fluticasonum | Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg | 120 daw. | 5909990851522 |
| 646 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg | 120 kaps. | 5909990938001 |
| 647 | Fluticasonum | Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg | 120 kaps. | 5909990938025 |
| 648 | Fluvoxaminum | Fevarin, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 5909990347728 |
| 649 | Fluvoxaminum | Fevarin, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 5909990347827 |
| 650 | Formoterolum | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 5909990445219 |
| 651 | Formoterolum | Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę | 1 inh.po 60 daw. | 5909990445318 |
| 652 | Formoterolum | Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg | 60 szt. (1 but.po 60 szt.) | 5909990614400 |
| 653 | Formoterolum | Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną | 1 szt. (1 poj.po 120 daw.) | 5909990620777 |
| 654 | Formoterolum | Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990792924 |
| 655 | Formoterolum | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 kaps. (6 blist.po 10 kaps.) | 5909990975914 |
| 656 | Formoterolum | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 60 kaps. | 5909990849000 |
| 657 | Formoterolum | Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh. | 5909991109523 |

| 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 | Formoterolum | Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 kaps. | 5909990937981 |
| 659 | Formoterolum | Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg | 1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.) | 5909990337446 |
| 660 | Formoterolum | Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg | 120 szt. | 5909990996681 |
| 661 | Formoterolum | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 120 szt (2 but.po 60 szt.) | 5909991218287 |
| 662 | Formoterolum | Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg | 180 szt (3 but.po 60 szt.) | 5909991218294 |
| 663 | Formoterolum | Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg/dawkę inhalacyjną | 120 szt. | 5909991086602 |
| 664 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990338542 |
| 665 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990339495 |
| 666 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990338658 |
| 667 | Gabapentinum | Neuran 100, kaps. twarde, 100 mg | 1 but.po 100 szt. | 5909990651535 |
| 668 | Gabapentinum | Neuran 300, kaps. twarde, 300 mg | 1 but.po 100 szt. | 5909990651566 |
| 669 | Gabapentinum | Neuran 400, kaps. twarde, 400 mg | 1 but.po 100 szt. | 5909990651603 |
| 670 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990339600 |
| 671 | Gabapentinum | Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990339709 |
| 672 | Gabapentinum | Symleptic, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990685554 |
| 673 | Gabapentinum | Symleptic, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990685561 |
| 674 | Gabapentinum | Gabagamma 100, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990714322 |
| 675 | Gabapentinum | Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990769216 |
| 676 | Gabapentinum | Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990769315 |
| 677 | Gabapentinum | Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990769414 |
| 678 | Gabapentinum | Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909991017422 |
| 679 | Gabapentinum | Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909991017521 |
| 680 | Gabapentinum | Gabacol, kaps. twarde, 300 mg | 100 kaps. | 5909991321109 |
| 681 | Gabapentinum | Gabacol, kaps. twarde, 400 mg | 100 kaps. | 5909991321369 |
| 682 | Gabapentinum | Gabacol, kaps. twarde, 400 mg | 50 kaps. | 5909991321307 |
| 683 | Gabapentinum | Gabacol, kaps. twarde, 300 mg | 50 kaps. | 5909991321048 |
| 684 | Gabapentinum | Gabacol, kaps. twarde, 100 mg | 50 kaps. | 5909991320911 |
| 685 | Gabapentinum | Gabacol, kaps. twarde, 100 mg | 100 kaps. | 5909991320966 |
| 686 | Gentamicinum | Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990092413 |
| 687 | Gentamicinum | Gentamicin KRKA, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40 mg/ml | 10 amp.po 1 ml | 5909990095711 |

| 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 | Gentamicinum | Gentamicin KRKA, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 40 mg/ml | 10 amp.po 2 ml | 5909990095728 |
| 689 | Gliclazidum | Diabrezide, tabl., 80 mg | 40 szt. (2 blist.po 20 szt.) | 5909990359912 |
| 690 | Gliclazidum | Gliclazide Zentiva, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 5909991205867 |
| 691 | Gliclazidum | Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. (2 blist.po 30 szt.) | 5909990443017 |
| 692 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 5909990647224 |
| 693 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 90 szt. | 5909990647231 |
| 694 | Gliclazidum | Diazidan, tabl., 80 mg | 60 szt. (3 blist.po 20 szt.) | 5909990911127 |
| 695 | Gliclazidum | Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 5909990774746 |
| 696 | Gliclazidum | Diagen, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 5909990795093 |
| 697 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 5909991056100 |
| 698 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 5909991056131 |
| 699 | Gliclazidum | Symazide MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 tabl. | 5909990828340 |
| 700 | Gliclazidum | Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 60 tabl. | 5909991004002 |
| 701 | Gliclazidum | Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg | 90 tabl. | 5909991004026 |
| 702 | Gliclazidum | Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 120 tabl. | 5909991200237 |
| 703 | Gliclazidum | Symazide MR 60, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 tabl. | 5909991257392 |
| 704 | Gliclazidum | Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg | 30 tabl. | 5909991267230 |
| 705 | Gliclazidum | Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 60 tabl. | 5909991226305 |
| 706 | Gliclazidum | Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 tabl. | 5909991226299 |
| 707 | Gliclazidum | Clazicon, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg | 60 szt. | 5909991267155 |
| 708 | Gliclazidum | Clazicon, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 5909991267162 |
| 709 | Gliclazidum | Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 60 szt. | 5909991263171 |
| 710 | Gliclazidum | Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg | 30 szt. | 5909991256548 |
| 711 | Glimepiridum | GlimeHexal 1, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990337453 |
| 712 | Glimepiridum | GlimeHexal 2, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990337521 |
| 713 | Glimepiridum | GlimeHexal 3, tabl., 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990338078 |
| 714 | Glimepiridum | GlimeHexal 4, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990338146 |
| 715 | Glimepiridum | GlimeHexal 6, tabl., 6 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990338207 |
| 716 | Glimepiridum | Amaryl 1, tabl., 1 mg | 30 szt. | 5909990744817 |
| 717 | Glimepiridum | Amaryl 2, tabl., 2 mg | 30 szt. | 5909990744916 |

| 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 | Glimepiridum | Amaryl 3, tabl., 3 mg | 30 szt. | 5909990745012 |
| 719 | Glimepiridum | Amaryl 4, tabl., 4 mg | 30 szt. | 5909990745111 |
| 720 | Glimepiridum | Glidiamid, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990430543 |
| 721 | Glimepiridum | Glidiamid, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990430567 |
| 722 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990566082 |
| 723 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990566105 |
| 724 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990566129 |
| 725 | Glimepiridum | Diaril, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990566143 |
| 726 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990570348 |
| 727 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990570355 |
| 728 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990570362 |
| 729 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 6 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990570379 |
| 730 | Glimepiridum | Symglic, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990573196 |
| 731 | Glimepiridum | Avaron, tabl., 1 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909991090715 |
| 732 | Glimepiridum | Avaron, tabl., 2 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909991090814 |
| 733 | Glimepiridum | Avaron, tabl., 3 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909991090913 |
| 734 | Glimepiridum | Avaron, tabl., 4 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909991091019 |
| 735 | Glimepiridum | Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991097318 |
| 736 | Glimepiridum | Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991097417 |
| 737 | Glimepiridum | Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991097516 |
| 738 | Glimepiridum | Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991097615 |
| 739 | Glimepiridum | Glitoprel, tabl., 1 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990085903 |
| 740 | Glimepiridum | Glitoprel, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990085927 |
| 741 | Glimepiridum | Glitoprel, tabl., 3 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990085934 |
| 742 | Glimepiridum | Glitoprel, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990085941 |
| 743 | Glimepiridum | Glimepiride Accord, tabl., 1 mg | 30 szt. | 5909990718566 |
| 744 | Glimepiridum | Glimepiride Accord, tabl., 2 mg | 30 szt. | 5909990719501 |
| 745 | Glimepiridum | Glimepiride Accord, tabl., 3 mg | 30 szt. | 5909990719570 |
| 746 | Glimepiridum | Glimepiride Accord, tabl., 4 mg | 30 szt. | 5909990719648 |
| 747 | Glimepiridum | Glimepiride Genoptim, tabl., 4 mg | 30 szt. | 5909991075996 |

| 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 | Glimepiride Genoptim, tabl., 3 mg | 30 szt. | 5909991075798 |
| 749 | Glimepiridum | Glimepiride Genoptim, tabl., 2 mg | 30 szt. | 5909991075590 |
| 750 | Glimepiridum | Glimepiride Genoptim, tabl., 1 mg | 30 szt. | 5909991075378 |
| 751 | Glimepiridum | Glimorion, tabl., 4 mg | 30 szt. | 5909991325329 |
| 752 | Glimepiridum | Glimorion, tabl., 3 mg | 30 szt. | 5909991325312 |
| 753 | Glimepiridum | Glimorion, tabl., 2 mg | 30 szt. | 5909991325305 |
| 754 | Glimepiridum | Glimorion, tabl., 1 mg | 30 szt. | 5909991325282 |
| 755 | Glipizidum | Glipizide BP, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990791712 |
| 756 | Glucagonum | GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | 1 fiol. | 5909990693313 |
| 757 | Glycopyrronii bromidum | Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg | 30x1 kapsułka (dawka pojedyncza) + 1 inhalator | 5909991000882 |
| 758 | Imidaprilum | Tanatril, tabl., 5 mg | 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.) | 5909991069810 |
| 759 | Imidaprilum | Tanatril, tabl., 10 mg | 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.) | 5909991069919 |
| 760 | Imidaprilum | Tanatril, tabl., 20 mg | 28 tabl. (2 blist.po 14 szt.) | 5909991070014 |
| 761 | Indacaterolum | Onbrez Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 300 µg | 30 szt. + inhalator | 5909990738472 |
| 762 | Indacaterolum | Onbrez Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 150 µg | 30 szt. + inhalator | 5909990738397 |
| 763 | Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum | Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg | 30 szt. + inhal. | 5909991080921 |
| 764 | Indapamidum | Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990012688 |
| 765 | Indapamidum | Indapres, tabl. powl., 2,5 mg | 30 szt. | 5909990223121 |
| 766 | Indapamidum | Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990424801 |
| 767 | Indapamidum | Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990424849 |
| 768 | Indapamidum | Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 tabl. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990665907 |
| 769 | Indapamidum | Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990734993 |
| 770 | Indapamidum | Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 5909990738212 |
| 771 | Indapamidum | Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990770182 |
| 772 | Indapamidum | Indapen, tabl. powl., 2,5 mg | 20 szt. | 5909990863013 |
| 773 | Indapamidum | Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990975815 |
| 774 | Indapamidum | Indapamidum 123ratio, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990586806 |
| 775 | Indapamidum | Indapamide SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 5909990644933 |
| 776 | Indapamidum | Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 5909991025014 |
| 777 | Indapamidum | Indapamide KRKA, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 5909990957125 |

| 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 | Ivipamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 5909990834730 |
| 779 | Indapamidum | Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 tabl. | 5909990799398 |
| 780 | Indapamidum | Indapamide SR Mercapharm, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 30 szt. | 5909991271671 |
| 781 | Indapamidum | Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909991276621 |
| 782 | Indapamidum | Indix SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg | 90 tabl. | 5908289660401 |
| 783 | Indapamidum + Amlodipinum | Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5 mg | 30 szt. | 5909991092597 |
| 784 | Indapamidum + Amlodipinum | Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10 mg | 30 szt. | 5909991092566 |
| 785 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Insuman Comb 25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990915613 |
| 786 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990238323 |
| 787 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Mixtard 40 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990347124 |
| 788 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990348121 |
| 789 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909991022921 |
| 790 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909991023027 |
| 791 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909991023126 |
| 792 | Insulini iniectio neutralis + Insulinum isophanum | Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909991023324 |
| 793 | Insulini injectio neutralis | Insuman Rapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990914715 |
| 794 | Insulini injectio neutralis | Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990237920 |
| 795 | Insulinum aspartum | NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990451814 |
| 796 | Insulinum aspartum | NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990879915 |
| 797 | Insulinum aspartum | NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3ml | 5909990614981 |
| 798 | Insulinum detemirum | Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml | 5 wkł.po 3 ml (Penfil) | 5909990005741 |
| 799 | Insulinum glargine | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wkladów po 3 ml (do wstrzykiwaczy OptiPen/ClickStar) | 5909990895717 |
| 800 | Insulinum glargine | Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml | 5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml | 5909990617555 |
| 801 | Insulinum glargine | Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml | 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml | 5909991231538 |
| 802 | Insulinum glargine | Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 5909991201982 |
| 803 | Insulinum glulisinum | Apidra SoloStar, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wstrz.po 3 ml | 5909990617197 |
| 804 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 5 wkł.po 3 ml OPTIPEN | 5909990008575 |
| 805 | Insulinum glulisinum | Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml | 1 fiol.po 10 ml | 5909990008483 |
| 806 | 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 |

| 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 |
| 807 | 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 |
| 808 | 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 |
| 809 | Insulinum humanum | Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990246014 |
| 810 | Insulinum humanum | Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990246717 |
| 811 | Insulinum humanum | Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990247011 |
| 812 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 1 fiol.po 10 ml | 5909990852017 |
| 813 | Insulinum humanum | Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990852116 |
| 814 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 1 fiol.po 10 ml | 5909990852314 |
| 815 | Insulinum humanum | Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990852413 |
| 816 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 1 fiol.po 10 ml | 5909990853014 |
| 817 | Insulinum humanum | Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990853113 |
| 818 | Insulinum humanum | Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990853311 |
| 819 | Insulinum humanum | Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990853519 |
| 820 | Insulinum humanum | Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909991022525 |
| 821 | Insulinum humanum | Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909991022822 |
| 822 | Insulinum isophanum | Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990915019 |
| 823 | Insulinum isophanum | Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990348923 |
| 824 | Insulinum lisprum | Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml | 10 szt. | 5909991333553 |
| 825 | Insulinum lisprum | Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 10 wkł.po 3 ml | 5909990005536 |
| 826 | Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis | Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990455010 |
| 827 | Insulinum lisprum zinci protaminati injectio + Insulinum lisprum, injectio neutralis | Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990455614 |
| 828 | Insulinum lisprum, injectio neutralis | Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml | 5 wkł.po 3 ml | 5909990692422 |
| 829 | Ipratropii bromidum | Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml | 1 but.po 20 ml | 5909990322114 |
| 830 | Ipratropii bromidum | Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 5909990999019 |
| 831 | Ipratropii bromidum | Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg | 1 poj.po 10 ml (200 daw.) | 5909991185879 |
| 832 | Irbesartanum | Irprestan, tabl. powl., 75 mg | 28 szt. | 5909990747054 |
| 833 | Irbesartanum | Irprestan, tabl. powl., 150 mg | 28 szt. | 5909990747085 |
| 834 | Irbesartanum | Irprestan, tabl. powl., 300 mg | 28 szt. | 5909990747122 |
| 835 | Irbesartanum | Irprestan, tabletki powlekane, 300 mg | 28 tabl. | 5909991324575 |

| 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 |
| 836 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powl., 6 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990625697 |
| 837 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990650521 |
| 838 | Lacidipinum | Lacipil, tabl. powl., 4 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990650620 |
| 839 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 2 mg | 28 szt. | 5909991134907 |
| 840 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 4 mg | 28 szt. | 5909991134938 |
| 841 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 6 mg | 28 szt. | 5909991134969 |
| 842 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 2 mg | 56 szt. | 5907695215205 |
| 843 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 4 mg | 56 szt. | 5907695215212 |
| 844 | Lacidipinum | Lapixen, tabl. powl., 6 mg | 56 szt. | 5907695215229 |
| 845 | Latanoprostum | Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%) | 2,5 ml (but.) | 5909990411818 |
| 846 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 5909990741311 |
| 847 | Latanoprostum | Latanost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 1 poj.po 2,5 ml | 5909990859702 |
| 848 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml | 1 but.po 2,5 ml | 5909990841448 |
| 849 | Latanoprostum | Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 5909990813582 |
| 850 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 5909990995479 |
| 851 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 szt. (6 saszetek po 5 poj. jednodawkowych) | 5909991019693 |
| 852 | Latanoprostum | Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 5903060601673 |
| 853 | Latanoprostum | Latanoprost STADA, krople do oczu, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 5909990853007 |
| 854 | Latanoprostum | Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 5909990931873 |
| 855 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 poj. | 5909991102883 |
| 856 | Latanoprostum | Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 szt. (18 saszetek po 5 poj. jednodawkowych) | 5909991019709 |
| 857 | Latanoprostum | Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 5900411001298 |
| 858 | Latanoprostum | Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 poj. | 5909991102890 |
| 859 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 30 szt. | 5909991220365 |
| 860 | Latanoprostum | Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 90 szt. | 5909991220396 |
| 861 | Latanoprostum | Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 5909991189792 |
| 862 | Latanoprostum + Timololum | Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml | 2,5 ml (but.) | 5909991057213 |
| 863 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 5909990894543 |
| 864 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 5909990879687 |
| 865 | Latanoprostum + Timololum | Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml | 2,5 ml | 5909990946587 |

| 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 |
| 866 | Latanoprostum + Timololum | Timprost, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 5909991004897 |
| 867 | Latanoprostum + Timololum | Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 5903060606630 |
| 868 | Latanoprostum + Timololum | Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 3 but.po 2,5 ml | 5906414000948 |
| 869 | Latanoprostum + Timololum | Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml | 1 but. po 2,5 ml | 5909991306649 |
| 870 | Leflunomidum | Arava, tabl. powl., 10 mg | 30 tabl. (but.) | 5909990977826 |
| 871 | Leflunomidum | Arava, tabl. powl., 20 mg | 30 tabl. (but.) | 5909990977925 |
| 872 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 4037353010604 |
| 873 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 4037353010628 |
| 874 | Leflunomidum | Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990858651 |
| 875 | Leflunomidum | Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg | 30 szt. | 4037353015388 |
| 876 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 20 mg | 30 szt. | 5909991309145 |
| 877 | Leflunomidum | Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 10 mg | 30 szt. | 5909991309138 |
| 878 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg | 100 szt. | 5909990094912 |
| 879 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg | 100 szt. | 5909990095018 |
| 880 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg | 100 szt. | 5909990095117 |
| 881 | Levodopum + Benserazidum | Madopar, kaps., 200+50 mg | 100 szt. | 5909990095216 |
| 882 | Levodopum + Benserazidum | Madopar HBS, kaps., 100+25 mg | 100 szt. | 5909990377510 |
| 883 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg | 100 szt. | 5909990748624 |
| 884 | Levodopum + Benserazidum | Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg | 100 szt. | 5909990748723 |
| 885 | Levodopum + Carbidopum | Sinemet CR 200/50, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200+50 mg | 100 szt. | 5909990020416 |
| 886 | Levodopum + Carbidopum | Nakom, tabl., 250+25 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990175215 |
| 887 | Levodopum + Carbidopum | Nakom Mite, tabl., 100+25 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990175314 |
| 888 | Levothyroxinum natricum | Eltroxin, tabl., 50 µg | 100 szt. | 5909990001613 |
| 889 | Levothyroxinum natricum | Eltroxin, tabl., 100 µg | 100 szt. | 5909990001712 |
| 890 | Levothyroxinum natricum | Letrox 100, tabl., 100 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909990168910 |
| 891 | Levothyroxinum natricum | Letrox 50, tabl., 50 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909990374014 |
| 892 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909990718986 |
| 893 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909990719006 |
| 894 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909990719037 |
| 895 | Levothyroxinum natricum | Letrox 150, tabl., 150 µg | 50 szt. | 5909990820610 |

| 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 |
| 896 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909991051112 |
| 897 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 25, tabl., 25 µg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 5909991051129 |
| 898 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909991051211 |
| 899 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 50, tabl., 50 µg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 5909991051228 |
| 900 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909991051310 |
| 901 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 75, tabl., 75 µg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 5909991051327 |
| 902 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909991051419 |
| 903 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 100, tabl., 100 µg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 5909991051426 |
| 904 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909991051518 |
| 905 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 125, tabl., 125 µg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 5909991051525 |
| 906 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909991051617 |
| 907 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 150, tabl., 150 µg | 100 szt. (4 blist.po 25 szt.) | 5909991051624 |
| 908 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 175, tabl., 175 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909991051716 |
| 909 | Levothyroxinum natricum | Euthyrox N 200, tabl., 200 µg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909991051815 |
| 910 | Levothyroxinum natricum | Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg | 50 szt. | 5909991107260 |
| 911 | Levothyroxinum natricum | Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg | 50 szt. | 5909991107307 |
| 912 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 5 mg | 28 szt. | 5909990682409 |
| 913 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 10 mg | 28 szt. | 5909990682447 |
| 914 | Lisinoprilum | Lisiprol, tabl., 20 mg | 28 szt. | 5909990682461 |
| 915 | Lisinoprilum | Lisinoratio 5, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990939718 |
| 916 | Lisinoprilum | Lisinoratio 10, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990939817 |
| 917 | Lisinoprilum | Lisinoratio 20, tabl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990939916 |
| 918 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991013318 |
| 919 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991013417 |
| 920 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991013516 |
| 921 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909991132927 |
| 922 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909991133023 |
| 923 | Lisinoprilum | Ranopril, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909991133122 |
| 924 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg | 30 szt. | 5909991235826 |
| 925 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg | 30 szt. | 5909991235819 |

| 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 |
| 926 | Lisinoprilum | LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg | 30 tabl. | 5909991266608 |
| 927 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 10+5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990701803 |
| 928 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 20+10 mg | 30 szt. | 5909990761685 |
| 929 | Lisinoprilum + Amlodipinum | Dironorm, tabl., 20+5 mg | 30 szt. | 5909990970520 |
| 930 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg | 30 szt. | 5909990708352 |
| 931 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg | 30 szt. | 5909990708369 |
| 932 | Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum | Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg | 28 szt. | 5909991167714 |
| 933 | Losartanum | Rasoltan 50 mg, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990085644 |
| 934 | Losartanum | Xartan, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 5909990481118 |
| 935 | Losartanum | Losartic, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990621439 |
| 936 | Losartanum | Lorista, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990638659 |
| 937 | Losartanum | Losagen, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990639885 |
| 938 | Losartanum | Cozaar, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990674411 |
| 939 | Losartanum | Apo-Lozart, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990702886 |
| 940 | Losartanum | Presartan, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990724345 |
| 941 | Losartanum | Presartan, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990724352 |
| 942 | Losartanum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990818914 |
| 943 | Losartanum | Losacor, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991055110 |
| 944 | Losartanum | Cozaar, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909991073428 |
| 945 | Losartanum | Lakea, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991108212 |
| 946 | Losartanum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 5909990649112 |
| 947 | Losartanum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 5909990649129 |
| 948 | Losartanum | Losartan Bluefish, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 5909990760770 |
| 949 | Losartanum | Loreblok, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 5909990770601 |
| 950 | Losartanum | Lozap 50, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 5909990573905 |
| 951 | Losartanum | Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 5909990956654 |
| 952 | Losartanum | Losartanum 123ratio, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 5909990862238 |
| 953 | Losartanum | Zeprez, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 5909990887194 |
| 954 | Losartanum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 5909991268404 |
| 955 | Losartanum | Lorista, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 5909991272340 |

| 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 |
| 956 | Losartanum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 56 szt. | 5909991268411 |
| 957 | Losartanum | Lorista, tabl. powl., 50 mg | 84 szt. | 5909991268428 |
| 958 | Losartanum | Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 100 mg | 28 tabl. | 5909991297060 |
| 959 | Losartanum | Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 50 mg | 28 tabl. | 5909991296940 |
| 960 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+5 mg | 30 szt. | 5909991105655 |
| 961 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+5 mg | 60 szt. | 5909991105679 |
| 962 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+5 mg | 90 szt. | 5909991105693 |
| 963 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+10 mg | 30 szt. | 5909991105723 |
| 964 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+10 mg | 60 szt. | 5909991105747 |
| 965 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 50+10 mg | 90 szt. | 5909991105761 |
| 966 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 100+5 mg | 30 szt. | 5909991105785 |
| 967 | Losartanum + Amlodipinum | Alortia, tabl. powl., 100+10 mg | 30 szt. | 5909991105853 |
| 968 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990337392 |
| 969 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990433612 |
| 970 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990645565 |
| 971 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990721641 |
| 972 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990721894 |
| 973 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990970513 |
| 974 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 56 szt. (4 blist.po 14 szt.) | 5909990686339 |
| 975 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg | 84 szt. (6 blist.po 14 szt.) | 5909990686360 |
| 976 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg | 28 szt. | 5909990816484 |
| 977 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Losacor HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990729685 |
| 978 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Loreblok HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. | 5909990778843 |
| 979 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990611980 |
| 980 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Losartan HCT Bluefish, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. | 5909990810758 |
| 981 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Xartan HCT, tabl. powl., 100+25 mg | 28 szt. | 5909990925971 |
| 982 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Xartan HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. | 5909990925964 |
| 983 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Losartan HCT Bluefish, tabl. powl., 100+25 mg | 28 tabl. | 5909990810796 |
| 984 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Losartan + HCT Genoptim, tabl. powl., 50+12,5 mg | 28 szt. | 5909991302931 |
| 985 | Losartanum + Hydrochlorothiazidum | Losartan + HCT Genoptim, tabl. powl., 100+25 mg | 28 szt. | 5909991303082 |

| 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 |
| 986 | Lovastatinum | Lovastin, tabl., 20 mg | 28 szt. | 5909990756629 |
| 987 | Lovastatinum | Liprox, tabl., 20 mg | 28 szt. | 5909990842315 |
| 988 | Lovastatinum | Lovasterol, tabl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990422159 |
| 989 | Mesalazinum | Salofalk 250, czopki, 250 mg | 30 szt. (6 blist.po 5 szt.) | 5909990088829 |
| 990 | Mesalazinum | Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 5909990400119 |
| 991 | Mesalazinum | Salofalk 500, czopki, 500 mg | 30 szt. (6 blist.po 5 szt.) | 5909990422227 |
| 992 | Mesalazinum | Pentasa, czopki, 1 g | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990656813 |
| 993 | Mesalazinum | Pentasa, czopki, 1 g | 14 szt. (2 blist.po 7 szt.) | 5909990656820 |
| 994 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990662111 |
| 995 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 250 mg | 30 szt. | 5909991074012 |
| 996 | Mesalazinum | Asamax 250, czopki, 250 mg | 30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.) | 5909991083816 |
| 997 | Mesalazinum | Asamax 500, czopki, 500 mg | 30 szt. (5 op. fol.po 6 szt.) | 5909991083915 |
| 998 | Mesalazinum | Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg | 100 szt. | 5909991084011 |
| 999 | Mesalazinum | Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 5909991084110 |
| 1000 | Mesalazinum | Salofalk 1 g, czopki, 1 g | 30 szt. | 5909990806430 |
| 1001 | Mesalazinum | Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g | 50 sasz.po 2 g granulatu | 5909990855315 |
| 1002 | Mesalazinum | Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g | 60 szt. | 5909990974375 |
| 1003 | Mesalazinum | Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g | 60 sasz. | 5909990974184 |
| 1004 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 15 szt. | 5907529110003 |
| 1005 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 500 mg | 30 szt. | 5907529109809 |
| 1006 | Mesalazinum | Crohnax, czopki, 1000 mg | 30 szt. | 5907529110027 |
| 1007 | Mesalazinum | Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g | 30 sasz. | 5909991273989 |
| 1008 | Metformini hydrochloridum | Etform, tabletki powlekane, 1000 mg | 60 tabl. | 5909991352400 |
| 1009 | Metformini hydrochloridum | Etform, tabletki powlekane, 1000 mg | 120 tabl. | 5909991352417 |
| 1010 | Metforminum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 5909990053056 |
| 1011 | Metforminum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990078943 |
| 1012 | Metforminum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990078950 |
| 1013 | Metforminum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990078974 |
| 1014 | Metforminum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990078981 |
| 1015 | Metforminum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990079001 |

| 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 |
| 1016 | Metforminum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990079025 |
| 1017 | Metforminum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 30 szt. | 5909990126316 |
| 1018 | Metforminum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990213429 |
| 1019 | Metforminum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990220984 |
| 1020 | Metforminum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 5909990220991 |
| 1021 | Metforminum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. (6 blist.po 15 szt.) | 5909990221004 |
| 1022 | Metforminum | Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. (8 blist.po 15 szt.) | 5909990221028 |
| 1023 | Metforminum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 30 szt. | 5909990450718 |
| 1024 | Metforminum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990457212 |
| 1025 | Metforminum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990457229 |
| 1026 | Metforminum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990457311 |
| 1027 | Metforminum | Metformin Galena, tabl., 500 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990462018 |
| 1028 | Metforminum | Metifor, tabl., 500 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990495115 |
| 1029 | Metforminum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990624751 |
| 1030 | Metforminum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 30 szt. | 5909990652112 |
| 1031 | Metforminum | Metfogamma 1000, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990654598 |
| 1032 | Metforminum | Etform 500, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990698141 |
| 1033 | Metforminum | Etform 500, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 5909990698172 |
| 1034 | Metforminum | Etform 850, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990698257 |
| 1035 | Metforminum | Etform 850, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 5909990698271 |
| 1036 | Metforminum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 5909990705474 |
| 1037 | Metforminum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 5909990705726 |
| 1038 | Metforminum | Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. | 5909990705894 |
| 1039 | Metforminum | Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990717248 |
| 1040 | Metforminum | Avamina, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990765379 |
| 1041 | Metforminum | Avamina, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990765393 |
| 1042 | Metforminum | Avamina, tabl. powl., 1000 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990765423 |
| 1043 | Metforminum | Metformin Galena, tabl., 850 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990928019 |
| 1044 | Metforminum | Metfogamma 850, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991032913 |
| 1045 | Metforminum | Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg | 30 szt. | 5909990789276 |

| 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 |
| 1046 | Metforminum | Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg | 30 szt. | 5909990789290 |
| 1047 | Metforminum | Avamina, tabl. powl., 500 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990765386 |
| 1048 | Metforminum | Avamina, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990765409 |
| 1049 | Metforminum | Avamina, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990765430 |
| 1050 | Metforminum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg | 60 szt. | 5909990864461 |
| 1051 | Metforminum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 5909990213436 |
| 1052 | Metforminum | Glucophage, tabl. powl., 850 mg | 60 szt. | 5909990789306 |
| 1053 | Metforminum | Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. (4 blist.po 15 szt.) | 5909990624768 |
| 1054 | Metforminum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 60 tabl. | 5909990457328 |
| 1055 | Metforminum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 60 szt. | 5909990935260 |
| 1056 | Metforminum | Metformax 500, tabl., 500 mg | 60 szt. | 5909990935253 |
| 1057 | Metforminum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 60 szt. | 5909990933181 |
| 1058 | Metforminum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 120 szt. (12 blist.po 10 szt.) | 5909990457236 |
| 1059 | Metforminum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 120 szt. (8 blist.po 15 szt.) | 5909990457335 |
| 1060 | Metforminum | Siofor 500, tabl. powl., 500 mg | 90 tabl. | 4013054024331 |
| 1061 | Metforminum | Siofor 850, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. | 4013054024348 |
| 1062 | Metforminum | Formetic, tabl. powl., 500 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 5909990078967 |
| 1063 | Metforminum | Formetic, tabl. powl., 850 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 5909990079032 |
| 1064 | Metforminum | Formetic, tabl. powl., 1000 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 5909990078998 |
| 1065 | Metforminum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 60 szt. | 5909990933167 |
| 1066 | Metforminum | Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg | 90 szt. | 5909990933174 |
| 1067 | Metforminum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 90 tabl. | 5909990933198 |
| 1068 | Metforminum | Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg | 120 szt. | 5909991252069 |
| 1069 | Metforminum | Metformax 850, tabl., 850 mg | 90 szt. | 5909990935277 |
| 1070 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 1 amp.-strz.a 0,375 ml | 5907626701852 |
| 1071 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,15 ml | 5909990791286 |
| 1072 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,2 ml | 5909990791347 |
| 1073 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,3 ml | 5909990791392 |
| 1074 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,4 ml | 5909990791477 |
| 1075 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,5 ml | 5909990791521 |

| 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 |
| 1076 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,6 ml | 5909990928125 |
| 1077 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,375 ml | 5907626701869 |
| 1078 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 5907626701920 |
| 1079 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,75 ml | 5907626702040 |
| 1080 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1 ml | 5909990735242 |
| 1081 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1,25 ml | 5909990735273 |
| 1082 | Methotrexatum | Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml | 4 amp.-strz.po 1,5 ml | 5909990735303 |
| 1083 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,25 ml | 5909990922741 |
| 1084 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,35 ml | 5909990922758 |
| 1085 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,45 ml | 5909990922765 |
| 1086 | Methotrexatum | Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 12 amp.-strz.po 0,55 ml | 5909990922772 |
| 1087 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg | 4 amp.-strz. | 5909991252700 |
| 1088 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg | 4 amp.-strz. | 5909991252724 |
| 1089 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg | 4 amp.-strz. | 5909991252762 |
| 1090 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg | 4 amp.-strz. | 5909991252809 |
| 1091 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg | 4 amp.-strz. | 5909991252847 |
| 1092 | Methotrexatum | Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg | 4 amp.-strz. | 5909991252885 |
| 1093 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,3 ml | 5055565730980 |
| 1094 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,5 ml | 5055565731093 |
| 1095 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,35 ml | 5055565731000 |
| 1096 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,15 ml | 5055565730904 |
| 1097 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,2 ml | 5055565730935 |
| 1098 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,4 ml | 5055565731048 |
| 1099 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 8 amp.-strz.po 0,6 ml | 5055565731130 |
| 1100 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,15 ml | 5055565730898 |
| 1101 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,2 ml | 5055565730928 |
| 1102 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,3 ml | 5055565730973 |
| 1103 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,4 ml | 5055565731031 |
| 1104 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,5 ml | 5055565731086 |
| 1105 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 4 amp.-strz.po 0,6 ml | 5055565731123 |

| 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 |
| 1106 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,15 ml | 5055565730881 |
| 1107 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,2 ml | 5055565730911 |
| 1108 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,25 ml | 5055565730959 |
| 1109 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,3 ml | 5055565730966 |
| 1110 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,4 ml | 5055565731024 |
| 1111 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,45 ml | 5055565731062 |
| 1112 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,5 ml | 5055565731079 |
| 1113 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,6 ml | 5055565731116 |
| 1114 | Methotrexatum | Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml | 1 amp.-strz.po 0,55 ml | 5055565736319 |
| 1115 | Metoprololum | Metocard, tabl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990034420 |
| 1116 | Metoprololum | Metocard, tabl., 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990034529 |
| 1117 | Metoprololum | Selmet, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 5909991073541 |
| 1118 | Mianserinum | Lerivon, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 5909990157716 |
| 1119 | Mianserinum | Lerivon, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 5909990157822 |
| 1120 | Mianserinum | Miansegen, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 5909990764242 |
| 1121 | Mianserinum | Miansec, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 5909990796618 |
| 1122 | Mianserinum | Miansec, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. (3 blist.po 30 szt.) | 5909990796625 |
| 1123 | Mianserinum | Miansegen, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909990883813 |
| 1124 | Mianserinum | Miansegen, tabl. powl., 10 mg | 90 szt. | 5909990883820 |
| 1125 | Mianserinum | Miansegen, tabl. powl., 30 mg | 20 szt. | 5909990883929 |
| 1126 | Mianserinum | Deprexolet, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909991120948 |
| 1127 | Mianserinum | Deprexolet, tabl. powl., 30 mg | 30 szt. | 5909991121051 |
| 1128 | Mianserinum | Miansec 30, tabl. powl., 30 mg | 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 5909991124311 |
| 1129 | Mianserinum | Miansegen, tabl. powl., 60 mg | 30 szt. | 5909991064525 |
| 1130 | Mianserinum | Deprexolet, tabl. powl., 10 mg | 90 tabl. | 5909991120962 |
| 1131 | Moclobemidum | Aurorix, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. | 5909990094813 |
| 1132 | Moclobemidum | Aurorix, tabl. powl., 300 mg | 30 szt. | 5909990419814 |
| 1133 | Moclobemidum | Moklar, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990953714 |
| 1134 | Moclobemidum | Mobemid, tabl. powl., 150 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990966813 |
| 1135 | Mometasonum | Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę | 1 poj.po 60 daw. | 5909991106638 |

| 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 |
| 1136 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml | 10 amp.-strz.po 0,3 ml | 5909990075621 |
| 1137 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 5909990075720 |
| 1138 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 5909990075829 |
| 1139 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml | 10 amp.-strz.po 0,4 ml | 5909990716821 |
| 1140 | Nadroparinum calcicum | Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 5909990716920 |
| 1141 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml | 10 amp.-strz.po 0,6 ml | 5909990836932 |
| 1142 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml | 10 amp.-strz.po 0,8 ml | 5909990837038 |
| 1143 | Nadroparinum calcicum | Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml | 10 amp.-strz.po 1 ml | 5909990837137 |
| 1144 | Nebivololum | Nebilenin, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990689774 |
| 1145 | Nebivololum | Nebispes, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990673865 |
| 1146 | Nebivololum | Nedal, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990642809 |
| 1147 | Nebivololum | NebivoLEK, tabl., 5 mg | 28 szt. | 5909990653300 |
| 1148 | Nebivololum | Nebilet, tabl., 5 mg | 28 szt. | 5909990670185 |
| 1149 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 5 mg | 28 szt. | 5909990685189 |
| 1150 | Nebivololum | Nebinad, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990648719 |
| 1151 | Nebivololum | Ebivol, tabl., 5 mg | 30 szt. | 5909990662425 |
| 1152 | Nebivololum | Daneb, tabl., 5 mg | 28 szt. | 5909990750290 |
| 1153 | Nebivololum | Nebicard, tabl., 5 mg | 56 szt. | 5909990685202 |
| 1154 | Nebivololum | Ivineb, tabl., 5 mg | 28 szt. | 5909990805495 |
| 1155 | Nebivololum | Nebivor, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990640997 |
| 1156 | Nebivololum | Nebivor, tabl., 5 mg | 100 szt. (10 blist.po 10 szt.) | 5909990641000 |
| 1157 | Nebivololum | NebivoLEK, tabl., 5 mg | 56 szt. | 5907626703597 |
| 1158 | Nebivololum | Ebivol, tabl., 5 mg | 60 szt. | 5909990662456 |
| 1159 | Olodaterolum + Tiotropii bromidum | Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg | 1 wkład + 1 inh. | 5909991257439 |
| 1160 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990643905 |
| 1161 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990643943 |
| 1162 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990644001 |
| 1163 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990644025 |
| 1164 | Oxycodonum | OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990644049 |
| 1165 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 szt. | 5909990839469 |

| 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 |
| 1166 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 5909990839643 |
| 1167 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 5909990839780 |
| 1168 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 5909990840038 |
| 1169 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 szt. | 5909990840182 |
| 1170 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 60 tabl. | 5909991184742 |
| 1171 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 tabl. | 5909991184827 |
| 1172 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 tabl. | 5909991184865 |
| 1173 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 60 tabl. | 5909991184902 |
| 1174 | Oxycodonum | Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 60 tabl. | 5909991184940 |
| 1175 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg | 100 szt. | 5909990940233 |
| 1176 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 100 szt. | 5909990940769 |
| 1177 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 100 szt. | 5909990941247 |
| 1178 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg | 100 szt. | 5909990941407 |
| 1179 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg | 100 szt. | 5909990941568 |
| 1180 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedł. uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 5909991229160 |
| 1181 | Oxycodonum | Oxydolor, tabl. o przedł. uwalnianiu, 40 mg | 60 szt. | 5909991229016 |
| 1182 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg | 60 szt. | 5909991250850 |
| 1183 | Oxycodonum | Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg | 60 szt. | 5909991250874 |
| 1184 | Paroxetinum | Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990010189 |
| 1185 | Paroxetinum | Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990010202 |
| 1186 | Paroxetinum | Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990047109 |
| 1187 | Paroxetinum | Parogen, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 5909990425877 |
| 1188 | Paroxetinum | Parogen, tabl. powl., 20 mg | 60 szt. (1 poj.po 60 szt.) | 5909990425884 |
| 1189 | Paroxetinum | Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990570515 |
| 1190 | Paroxetinum | Rexetin, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909991006310 |
| 1191 | Paroxetinum | Paroxinor, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990798346 |
| 1192 | Paroxetinum | Paroxetine Aurobindo, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990655724 |
| 1193 | Perindoprilum | Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 5909990336081 |
| 1194 | Perindoprilum | Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 5909990337774 |
| 1195 | Perindoprilum | Prenessa, tabl., 4 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 5909990569311 |

| 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 |
| 1196 | Perindoprilum | Vidotin, tabl., 4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990653614 |
| 1197 | Perindoprilum | Vidotin, tabl., 8 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990653621 |
| 1198 | Perindoprilum | Prenessa, tabl., 8 mg | 30 szt. | 5909990662494 |
| 1199 | Perindoprilum | Erbugen, tabl., 4 mg | 30 szt. | 5909990984954 |
| 1200 | Perindoprilum | Prenessa, tabl., 4 mg | 30 szt. | 5909991263713 |
| 1201 | Perindoprilum | Prenessa, tabl., 8 mg | 30 szt. | 5909991263904 |
| 1202 | Perindoprilum | Perindanor, tabl., 4 mg | 30 szt. | 5909990957606 |
| 1203 | Perindoprilum | Perindanor, tabl., 8 mg | 30 szt. | 5909990957774 |
| 1204 | Perindoprilum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 5909990669301 |
| 1205 | Perindoprilum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 5909990669332 |
| 1206 | Perindoprilum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 5909990669387 |
| 1207 | Perindoprilum + Amlodipinum | Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 5909990669400 |
| 1208 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+5 mg | 30 szt. | 5909990908134 |
| 1209 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+10 mg | 30 szt. | 5909990908165 |
| 1210 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+5 mg | 30 szt. | 5909990908196 |
| 1211 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+10 mg | 30 szt. | 5909990908240 |
| 1212 | Perindoprilum + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg | 30 szt. | 5909991137212 |
| 1213 | Perindoprilum + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg | 30 szt. | 5909991137472 |
| 1214 | Perindoprilum + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg | 30 szt. | 5909991137526 |
| 1215 | Perindoprilum + Amlodipinum | Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg | 30 szt. | 5909991137571 |
| 1216 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+5 mg | 90 tabl. | 5909990908158 |
| 1217 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 4+10 mg | 90 tabl. | 5909990908189 |
| 1218 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+5 mg | 90 tabl. | 5909990908233 |
| 1219 | Perindoprilum + Amlodipinum | Amlessa, tabl., 8+10 mg | 90 tabl. | 5909990908264 |
| 1220 | Perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg | 30 szt. | 5906414001839 |
| 1221 | Perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg | 60 szt. | 5906414001846 |
| 1222 | Perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg | 30 szt. | 5906414001860 |
| 1223 | Perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg | 60 szt. | 5906414001877 |
| 1224 | Perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg | 30 szt. | 5906414001891 |
| 1225 | Perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg | 60 szt. | 5906414001907 |

| 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 |
| 1226 | Perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg | 30 szt. | 5906414001921 |
| 1227 | Perindoprilum + Amlodipinum | Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg | 60 szt. | 5906414001938 |
| 1228 | Perindoprilum + Indapamidum | Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 5909990055029 |
| 1229 | Perindoprilum + Indapamidum | Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 5909990055678 |
| 1230 | Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990641086 |
| 1231 | Perindoprilum + Indapamidum | Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 5909990707782 |
| 1232 | Perindoprilum + Indapamidum | Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg | 30 szt. (1 poj.po 30 szt.) | 5909990715206 |
| 1233 | Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg | 30 szt. (1 blist.po 30 szt.) | 5909990746569 |
| 1234 | Perindoprilum + Indapamidum | Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg | 30 szt. | 5909990850167 |
| 1235 | Perindoprilum + Indapamidum | Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg | 30 szt. | 5909991050344 |
| 1236 | Perindoprilum + Indapamidum | Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg | 30 szt. | 5909991050290 |
| 1237 | Pilocarpinum | Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml | 10 ml (2x5 ml) | 5909990237524 |
| 1238 | Piribedilum | Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990846320 |
| 1239 | Pramipexolum | Hitoff, tabl., 0,088 mg | 30 szt. | 5909990804405 |
| 1240 | Pramipexolum | Hitoff, tabl., 0,18 mg | 30 szt. | 5909990804443 |
| 1241 | Pramipexolum | Hitoff, tabl., 0,35 mg | 30 szt. | 5909990804467 |
| 1242 | Pramipexolum | Hitoff, tabl., 0,7 mg | 30 szt. | 5909990804481 |
| 1243 | Pramipexolum | Hitoff, tabl., 0,35 mg | 100 szt. | 5909990804474 |
| 1244 | Pramipexolum | Hitoff, tabl., 0,7 mg | 100 szt. | 5909990804498 |
| 1245 | 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 |
| 1246 | Pramipexolum | Oprymea 1,05 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,05 mg | 30 szt. | 5909991238582 |
| 1247 | Pramipexolum | Oprymea 1,57 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,57 mg | 30 szt. | 5909991238629 |
| 1248 | Pramipexolum | Oprymea 2,1 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2,1 mg | 30 szt. | 5909991238667 |
| 1249 | Pramipexolum | Hitoff, tabl., 0,18 mg | 100 szt. | 5909990804450 |
| 1250 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 75 mg | 14 kaps. (1 blist.po 14 kaps.) | 5909990009282 |
| 1251 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 75 mg | 56 kaps. (4 blistr.po 14 kaps.) | 5909990009299 |
| 1252 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 14 kaps. (1 blist.po 14 kaps.) | 5909990009350 |
| 1253 | Pregabalinum | Lyrica, kaps. twarde, 150 mg | 56 kaps. (4 blistr.po 14 kaps.) | 5909990009367 |
| 1254 | Pregabalinum | Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg | 56 kaps. | 5901878600543 |
| 1255 | Pregabalinum | Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg | 56 kaps. | 5901878600550 |

| 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 |
| 1256 | Propranololum | Propranolol WZF, tabl., 10 mg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909990112111 |
| 1257 | Propranololum | Propranolol WZF, tabl., 40 mg | 50 szt. (2 blist.po 25 szt.) | 5909990112210 |
| 1258 | Propranololum | Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg | 50 szt. | 5909991033590 |
| 1259 | Propranololum | Propranolol Accord, tabletki powlekane, 10 mg | 50 tabl. | 5909991033507 |
| 1260 | Quinaprilum | Accupro 5, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.) | 5909990706914 |
| 1261 | Quinaprilum | Accupro 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.) | 5909990707010 |
| 1262 | Quinaprilum | Accupro 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 tabl.) | 5909990707119 |
| 1263 | Quinaprilum | Accupro 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 tabl.) | 5909991080129 |
| 1264 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991125417 |
| 1265 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991125516 |
| 1266 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991125615 |
| 1267 | Quinaprilum | Acurenal, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909990953882 |
| 1268 | Quinaprilum | Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909991165710 |
| 1269 | Ramiprilum | Ramistad 5, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990017454 |
| 1270 | Ramiprilum | Ramistad 2,5, tabl., 2,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990017447 |
| 1271 | Ramiprilum | Ramistad 10, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990017461 |
| 1272 | Ramiprilum | Ramve 2,5 mg, kaps. twarde, 2,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990047949 |
| 1273 | Ramiprilum | Ramve 5 mg, kaps. twarde, 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990047963 |
| 1274 | Ramiprilum | Ramve 10 mg, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990047987 |
| 1275 | Ramiprilum | Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990212170 |
| 1276 | Ramiprilum | Piramil 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990212248 |
| 1277 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 2,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990337958 |
| 1278 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990337972 |
| 1279 | Ramiprilum | Axtil, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990337989 |
| 1280 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990571468 |
| 1281 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990571499 |
| 1282 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990610440 |
| 1283 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990610495 |
| 1284 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990610532 |
| 1285 | Ramiprilum | Apo-Rami, tabl., 2,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990653355 |

| 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 |
| 1286 | Ramiprilum | Apo-Rami, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990653362 |
| 1287 | Ramiprilum | Apo-Rami, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990653379 |
| 1288 | Ramiprilum | Piramil 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990661756 |
| 1289 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990694631 |
| 1290 | Ramiprilum | Polpril, kaps. twarde, 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990694655 |
| 1291 | Ramiprilum | Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990571505 |
| 1292 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990571475 |
| 1293 | Ramiprilum | Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990478217 |
| 1294 | Ramiprilum | Tritace 5, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990478316 |
| 1295 | Ramiprilum | Tritace 10, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990916016 |
| 1296 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 5909990924608 |
| 1297 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 5 mg | 28 szt. | 5909990924646 |
| 1298 | Ramiprilum | Polpril, tabl., 10 mg | 28 szt. | 5909990924653 |
| 1299 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990610433 |
| 1300 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990610488 |
| 1301 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990610525 |
| 1302 | Ramiprilum | Ramipril Billev, tabl., 5 mg | 28 szt. | 5909991070441 |
| 1303 | Ramiprilum | Ramipril Billev, tabl., 10 mg | 28 szt. | 5909991070540 |
| 1304 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 5909997203416 |
| 1305 | Ramiprilum | Ivipril, tabl., 2,5 mg | 28 szt. | 5909990961955 |
| 1306 | Ramiprilum | Ivipril, tabl., 5 mg | 28 szt. | 5909990961986 |
| 1307 | Ramiprilum | Ivipril, tabl., 10 mg | 28 szt. | 5909990962020 |
| 1308 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 30 szt. | 5909997212296 |
| 1309 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 5909997211992 |
| 1310 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powl., 2,5 mg | 28 tabl. | 5909991093280 |
| 1311 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powl., 5 mg | 28 tabl. | 5909991093303 |
| 1312 | Ramiprilum | Ramicor, tabl. powl., 10 mg | 28 tabl. | 5909991093334 |
| 1313 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 30 szt. | 5909991226862 |
| 1314 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 28 szt. | 5909991264673 |
| 1315 | Ramiprilum | Piramil, tabl., 10 mg | 28 szt. | 5909991286132 |

| 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 |
| 1316 | Ramiprilum | Ampril 10 mg tabletki, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 5909991308971 |
| 1317 | Ramiprilum | Vivace 5 mg, tabl., 5 mg | 90 szt. | 5909991004385 |
| 1318 | Ramiprilum | Vivace 10 mg, tabl., 10 mg | 90 szt. | 5909991004392 |
| 1319 | Ramiprilum | Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg | 90 szt. | 5909991004378 |
| 1320 | Ramiprilum | Piramil, tabletki, 10 mg | 30 tabletek | 5909991344603 |
| 1321 | Ramiprilum | Ampril 10 mg, tabletki, 10 mg | 30 tabletek | 5909991340766 |
| 1322 | Ramiprilum | Ampril 10mg tabletki, tabletki, 10 mg | 30 szt. | 5909991347420 |
| 1323 | Ramiprilum | Tritace 10,  tabletki, 10 mg | 28 tabl. | 5909991367084 |
| 1324 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 5909990936809 |
| 1325 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 5909990936779 |
| 1326 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 5909990936854 |
| 1327 | Ramiprilum + Amlodipinum | Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 5909990936885 |
| 1328 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 5909990988259 |
| 1329 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 5909990988273 |
| 1330 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 5909990988297 |
| 1331 | Ramiprilum + Amlodipinum | Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 5909990988334 |
| 1332 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps., 5+5 mg | 30 szt. | 5909991142520 |
| 1333 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps., 5+10 mg | 30 szt. | 5909991142681 |
| 1334 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps., 10+5 mg | 30 szt. | 5909991142636 |
| 1335 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps., 10+10 mg | 30 szt. | 5909991142759 |
| 1336 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg | 60 szt. | 5909991142513 |
| 1337 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg | 60 szt. | 5909991142674 |
| 1338 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg | 60 szt. | 5909991142643 |
| 1339 | Ramiprilum + Amlodipinum | Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg | 60 szt. | 5909991142728 |
| 1340 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg | 30 szt. | 5903060611429 |
| 1341 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg | 30 szt. | 5903060611542 |
| 1342 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg | 30 szt. | 5903060611504 |
| 1343 | Ramiprilum + Amlodipinum | Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg | 30 szt. | 5903060611467 |
| 1344 | Ramiprilum + Felodipinum | Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg | 28 szt. | 5909990973118 |
| 1345 | Ramiprilum + Felodipinum | Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg | 28 szt. | 5909990973217 |

| 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 |
| 1346 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990573226 |
| 1347 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ampril HD, tabl., 5+25 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990573233 |
| 1348 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990885312 |
| 1349 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990885411 |
| 1350 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ramizek HCT, tabl., 2,5+12,5 mg | 30 szt. | 5909991200152 |
| 1351 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ramizek HCT, tabl., 5+25 mg | 30 szt. | 5909991200183 |
| 1352 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ramicor Comb, tabl., 2,5+12,5 mg | 28 szt. | 5909991144227 |
| 1353 | Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum | Ramicor Comb, tabl., 5+25 mg | 28 szt. | 5909991144234 |
| 1354 | Risedronatum natricum | Risendros 35, tabl. powl., 35 mg | 4 szt. (1 blist.po 4 szt.) | 5909990082599 |
| 1355 | Risedronatum natricum | Risendros 35, tabl. powl., 35 mg | 12 szt. (3 blist.po 4 szt.) | 5909990082629 |
| 1356 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl., 10 mg | 10 szt. | 5909990658145 |
| 1357 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powl., 15 mg | 14 szt. | 5909990910601 |
| 1358 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powl., 15 mg | 42 szt. | 5909990910663 |
| 1359 | Rivaroxabanum | Xarelto, tabl. powl., 20 mg | 14 szt. | 5909990910700 |
| 1360 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h | 30 sasz. | 5909990066704 |
| 1361 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h | 30 sasz. | 5909990066766 |
| 1362 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 5909990700646 |
| 1363 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg | 28 szt. | 5909990700660 |
| 1364 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 5909990700684 |
| 1365 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg | 28 szt. | 5909990700691 |
| 1366 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 5909990700707 |
| 1367 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 5909990700738 |
| 1368 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg | 28 szt. | 5909990700745 |
| 1369 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 5909990700752 |
| 1370 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 5909990700790 |
| 1371 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg | 28 szt. | 5909990700806 |
| 1372 | Rivastigminum | Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 5909990700844 |
| 1373 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h | 30 szt. | 5909991078454 |
| 1374 | Rivastigminum | Evertas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h | 30 szt. | 5909991078386 |
| 1375 | Rivastigminum | Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 5909990886401 |

| 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 |
| 1376 | Rivastigminum | Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 5909990886425 |
| 1377 | Rivastigminum | Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 5909990886296 |
| 1378 | Rivastigminum | Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 5909990886364 |
| 1379 | Rivastigminum | Rivastigmine Actavis, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 5909990886302 |
| 1380 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 5909990782048 |
| 1381 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg | 56 szt. | 5909990782055 |
| 1382 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 5909990782079 |
| 1383 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 5909990782086 |
| 1384 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 5909990782147 |
| 1385 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 5909990782154 |
| 1386 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 5909990782178 |
| 1387 | Rivastigminum | Ristidic, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 5909990782185 |
| 1388 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 5909990816255 |
| 1389 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 5909990816262 |
| 1390 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 5909990816279 |
| 1391 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 5909990816286 |
| 1392 | Rivastigminum | Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 5909990816293 |
| 1393 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 5909990803156 |
| 1394 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 5909990803545 |
| 1395 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 5909990803569 |
| 1396 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 5909990803781 |
| 1397 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 5909990803804 |
| 1398 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 5909990804085 |
| 1399 | Rivastigminum | Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 5909990804108 |
| 1400 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 5909990778898 |
| 1401 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 5909990778935 |
| 1402 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 5909990778942 |
| 1403 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 5909990778966 |
| 1404 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 5909990778973 |
| 1405 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 5909990778997 |

| 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 |
| 1406 | Rivastigminum | Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 5909990779000 |
| 1407 | Rivastigminum | Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h | 30 sasz. | 5909991032609 |
| 1408 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg | 56 szt. | 5909990700721 |
| 1409 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg | 56 szt. | 5909990700769 |
| 1410 | Rivastigminum | Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg | 56 szt. | 5909990700851 |
| 1411 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 szt. | 5909990982981 |
| 1412 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg | 28 szt. | 5909990983162 |
| 1413 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg | 56 szt. | 5909990983179 |
| 1414 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 szt. | 5909990983308 |
| 1415 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg | 56 szt. | 5909990983322 |
| 1416 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg | 28 szt. | 5909990983506 |
| 1417 | Rivastigminum | Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg | 56 szt. | 5909990983544 |
| 1418 | Rivastigminum | Rywastygmina Apotex, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h | 30 szt. | 5909991067632 |
| 1419 | Rivastigminum | Rivastigmine Teva, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h | 30 szt. | 5909991078232 |
| 1420 | Rivastigminum | Rivastigmine Teva, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h | 30 szt. | 5909991078263 |
| 1421 | Rivastigminum | Rywastygmina Apotex, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24 h | 30 szt. | 5909991067595 |
| 1422 | Rivastigminum | Rivastigmine Teva, system transdermalny, plaster, 13,3 mg/24 h | 30 szt. | 5909991239091 |
| 1423 | Rivastigminum | Vergesin, kapsułki twarde, 6 mg | 28 kaps. | 5909991062781 |
| 1424 | Rivastigminum | Vergesin, kapsułki twarde, 4,5 mg | 28 kaps. | 5909991062590 |
| 1425 | Rivastigminum | Vergesin, kapsułki twarde, 3 mg | 28 kaps. | 5909991062385 |
| 1426 | Rivastigminum | Vergesin, kapsułki twarde, 1,5 mg | 28 kaps. | 5909991062170 |
| 1427 | Rivastigminum | Symelon, kaps. twarde, 1,5 mg | 28 kaps. | 5909990973392 |
| 1428 | Rivastigminum | Symelon, kaps. twarde, 3 mg | 28 kaps. | 5909990973545 |
| 1429 | Rivastigminum | Symelon, kaps. twarde, 4,5 mg | 28 kaps. | 5909990973774 |
| 1430 | Rivastigminum | Symelon, kaps. twarde, 6 mg | 28 kaps. | 5909990973880 |
| 1431 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 2 mg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 5909990013586 |
| 1432 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 0,5 mg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 5909990013685 |
| 1433 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 1 mg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 5909990013890 |
| 1434 | Ropinirolum | Requip, tabl. powl., 5 mg | 21 szt. (1 blist.po 21 szt.) | 5909990013968 |
| 1435 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990644612 |

| 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 |
| 1436 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990644636 |
| 1437 | Ropinirolum | Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990644728 |
| 1438 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 0,25 mg | 210 szt. | 5909990731954 |
| 1439 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 0,5 mg | 21 szt. | 5909990731985 |
| 1440 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 1 mg | 21 szt. | 5909990732074 |
| 1441 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 2 mg | 21 szt. | 5909990732227 |
| 1442 | Ropinirolum | Aropilo, tabl. powl., 5 mg | 21 szt. | 5909990732333 |
| 1443 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 5909990855766 |
| 1444 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 5909990855780 |
| 1445 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 5909990855773 |
| 1446 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 5909990878000 |
| 1447 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 5909990877683 |
| 1448 | Ropinirolum | Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 5909990878086 |
| 1449 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 84 szt. | 5909991033781 |
| 1450 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 84 szt. | 5909991033798 |
| 1451 | Ropinirolum | Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 84 szt. | 5909991033804 |
| 1452 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 5909990990085 |
| 1453 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 5909990990092 |
| 1454 | Ropinirolum | Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 5909990990108 |
| 1455 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 tabl. | 5909990963874 |
| 1456 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 tabl. | 5909990964239 |
| 1457 | Ropinirolum | Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 tabl. | 5909990964321 |
| 1458 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 5909990998586 |
| 1459 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 5909990998982 |
| 1460 | Ropinirolum | Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 5909990999156 |
| 1461 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 5909990988242 |
| 1462 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 5909990988198 |
| 1463 | Ropinirolum | Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 5909990988204 |
| 1464 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 5909990992607 |
| 1465 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 5909990992775 |

| 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 |
| 1466 | Ropinirolum | ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 5909990992683 |
| 1467 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 5909991049294 |
| 1468 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 5909991049355 |
| 1469 | Ropinirolum | Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 5909991049393 |
| 1470 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg | 28 szt. | 5909990983971 |
| 1471 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg | 28 szt. | 5909990983582 |
| 1472 | Ropinirolum | Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg | 28 szt. | 5909990983803 |
| 1473 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabletki powlekane, 15 mg | 56 tabl. | 5997001369333 |
| 1474 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabletki powlekane, 30 mg | 56 tabl. | 5997001369340 |
| 1475 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl., 20 mg | 28 szt. | 5909990895533 |
| 1476 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl., 30 mg | 28 szt. | 5909990895663 |
| 1477 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909990895786 |
| 1478 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl., 5 mg | 28 szt. | 5909990895106 |
| 1479 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl., 10 mg | 28 szt. | 5909990895250 |
| 1480 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl., 15 mg | 28 szt. | 5909990895380 |
| 1481 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 5909990791873 |
| 1482 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909990791743 |
| 1483 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 15 mg | 56 szt. | 5909990895403 |
| 1484 | Rosuvastatinum | Roswera, tabl. powl., 30 mg | 56 szt. | 5909990895687 |
| 1485 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909991000103 |
| 1486 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909991000141 |
| 1487 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 5909991000158 |
| 1488 | Rosuvastatinum | Ridlip, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 5909991000165 |
| 1489 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990777785 |
| 1490 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990777839 |
| 1491 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909991085674 |
| 1492 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 5909991085759 |
| 1493 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 5909991085841 |
| 1494 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 5909990802753 |
| 1495 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990919659 |

| 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 |
| 1496 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909991085599 |
| 1497 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 5909991085636 |
| 1498 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 5909991085698 |
| 1499 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 20 mg | 56 szt. | 5909991085773 |
| 1500 | Rosuvastatinum | Rosutrox, tabl. powl., 40 mg | 56 szt. | 5909991085865 |
| 1501 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909990802562 |
| 1502 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 5 mg | 56 szt. | 5909990802586 |
| 1503 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909990802623 |
| 1504 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 10 mg | 56 szt. | 5909990802647 |
| 1505 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 20 mg | 56 szt. | 5909990802708 |
| 1506 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 40 mg | 56 szt. | 5909990802777 |
| 1507 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909991021184 |
| 1508 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 5909991021375 |
| 1509 | Rosuvastatinum | Crosuvo, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 5909991021337 |
| 1510 | Rosuvastatinum | Astrium, tabletki powlekane, 40 mg | 30 tabl. | 5909991265083 |
| 1511 | Rosuvastatinum | Astrium, tabletki powlekane, 40 mg | 28 tabl. | 5909991265076 |
| 1512 | Rosuvastatinum | Astrium, tabletki powlekane, 20 mg | 30 tabl. | 5909991265007 |
| 1513 | Rosuvastatinum | Astrium, tabletki powlekane, 20 mg | 28 tabl. | 5909991264994 |
| 1514 | Rosuvastatinum | Astrium, tabletki powlekane, 10 mg | 30 tabl. | 5909991264925 |
| 1515 | Rosuvastatinum | Astrium, tabletki powlekane, 10 mg | 28 tabl. | 5909991264918 |
| 1516 | Rosuvastatinum | Astrium, tabletki powlekane, 5 mg | 30 tabl. | 5909991264857 |
| 1517 | Rosuvastatinum | Astrium, tabletki powlekane, 5 mg | 28 tabl. | 5909991264840 |
| 1518 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 10 mg | 90 tabl. | 5909990895304 |
| 1519 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 5 mg | 90 tabl. | 5909990895182 |
| 1520 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 40 mg | 90 tabl. | 5909990895892 |
| 1521 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 30 mg | 90 tabl. | 5909990895724 |
| 1522 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 15 mg | 90 tabl. | 5909990895458 |
| 1523 | Rosuvastatinum | Roswera, tabletki powlekane, 20 mg | 90 tabl. | 5909990895588 |
| 1524 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabletki powlekane, 40 mg | 28 szt. | 5909990792009 |
| 1525 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 15 mg | 56 szt. | 5909991333973 |

| 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 |
| 1526 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 15 mg | 28 szt. | 5909991333959 |
| 1527 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 30 mg | 56 szt. | 5909991334086 |
| 1528 | Rosuvastatinum | Zahron, tabl. powl., 30 mg | 28 szt. | 5909991334062 |
| 1529 | Rosuvastatinum | Rosugen, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 5909990922406 |
| 1530 | Rosuvastatinum | Rosugen, tabl. powl., 5 mg | 28 szt. | 5909990921805 |
| 1531 | Rosuvastatinum | Rosugen, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 5909990922185 |
| 1532 | Rosuvastatinum | Rosugen, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909990921997 |
| 1533 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909990919604 |
| 1534 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909990919673 |
| 1535 | Rosuvastatinum | Romazic, tabl. powl., 5 mg | 30 szt. | 5909990919574 |
| 1536 | Rosuvastatinum | Suvardio, tabletki powlekane, 5 mg | 28 szt. | 5909990791606 |
| 1537 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabletki powlekane, 15 mg | 90 tabl. | 5909991347079 |
| 1538 | Rosuvastatinum | Zaranta, tabletki powlekane, 30 mg | 90 tabl. | 5909991347109 |
| 1539 | Salbutamolum | Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 200 daw. | 5909990442010 |
| 1540 | Salbutamolum | Ventolin, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml | 20 amp.po 2,5 ml | 5909990454013 |
| 1541 | Salbutamolum | Ventolin, roztwór do nebulizacji, 2 mg/ml | 20 amp.po 2,5 ml | 5909990454112 |
| 1542 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 5909991106928 |
| 1543 | Salbutamolum | Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę | 200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny) | 5909991107826 |
| 1544 | Salbutamolum | Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę | 1 poj.po 8,5 g (200 daw.) | 5909990764150 |
| 1545 | Salbutamolum | Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg | 1 poj.a 200 dawek | 5909990848065 |
| 1546 | Salmeterolum | Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 1 poj.po 60 daw. | 5909990437825 |
| 1547 | Salmeterolum | Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną | 1 szt. (1 szt.po 120 daw.) | 5909990623099 |
| 1548 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh. | 5909991109424 |
| 1549 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) + inhalator | 5909991109431 |
| 1550 | Salmeterolum | Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę | 120 dawek | 5909990867653 |
| 1551 | Salmeterolum | Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg | 120 szt. (12 blist.po 10 szt. + inhalator) | 5909991206390 |
| 1552 | Selegilinum | Selgres, tabl. powl., 5 mg | 50 szt. | 5909990404315 |
| 1553 | Selegilinum | Segan, tabl., 5 mg | 60 szt. | 5909990746026 |
| 1554 | Sertralinum | Sertagen, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 5909990046621 |
| 1555 | Sertralinum | Sertagen, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 5909990046690 |

| 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 |
| 1556 | Sertralinum | Asertin 100, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990422685 |
| 1557 | Sertralinum | Asertin 50, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990422692 |
| 1558 | Sertralinum | Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990571925 |
| 1559 | Sertralinum | Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990571963 |
| 1560 | Sertralinum | Sertranorm, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 5909990663040 |
| 1561 | Sertralinum | Sertranorm, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 5909990663163 |
| 1562 | Sertralinum | Zoloft, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990753116 |
| 1563 | Sertralinum | Zoloft, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990753215 |
| 1564 | Sertralinum | Asentra, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 5909990963218 |
| 1565 | Sertralinum | Asentra, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 5909990963317 |
| 1566 | Sertralinum | Stimuloton, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990994816 |
| 1567 | Sertralinum | Zotral, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990013982 |
| 1568 | Sertralinum | Zotral, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990569472 |
| 1569 | Sertralinum | Miravil, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 5909990804368 |
| 1570 | Sertralinum | Miravil, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 5909990804344 |
| 1571 | Sertralinum | Sertralina KRKA, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 5909990919888 |
| 1572 | Sertralinum | Sertralina KRKA, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 5909990919987 |
| 1573 | Sertralinum | ApoSerta, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 5909991106898 |
| 1574 | Sertralinum | ApoSerta, tabl. powl., 100 mg | 30 szt. | 5909991106904 |
| 1575 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 100 mg | 84 szt. | 5909991279660 |
| 1576 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 100 mg | 28 szt. | 5909991279615 |
| 1577 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 50 mg | 84 szt. | 5909991279561 |
| 1578 | Sertralinum | Sastium, tabl. powl., 50 mg | 28 szt. | 5909991279516 |
| 1579 | Sertralinum | Sastium, tabletki powlekane, 50 mg | 30 tabl. | 5909991279523 |
| 1580 | Sertralinum | Sastium, tabletki powlekane, 100 mg | 30 tabl. | 5909991279622 |
| 1581 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990055722 |
| 1582 | Simvastatinum | Zocor 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990365913 |
| 1583 | Simvastatinum | Zocor 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990366026 |
| 1584 | Simvastatinum | Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990618279 |
| 1585 | Simvastatinum | Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990618286 |

| 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 |
| 1586 | Simvastatinum | Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990618293 |
| 1587 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990623273 |
| 1588 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990623297 |
| 1589 | Simvastatinum | SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990623334 |
| 1590 | Simvastatinum | Simvacor, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990336623 |
| 1591 | Simvastatinum | Simvacor, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990336630 |
| 1592 | Simvastatinum | Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990743650 |
| 1593 | Simvastatinum | Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990743667 |
| 1594 | Simvastatinum | Zocor 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990769124 |
| 1595 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909990914012 |
| 1596 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 5909990914111 |
| 1597 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990927616 |
| 1598 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990927715 |
| 1599 | Simvastatinum | Simvasterol, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990927838 |
| 1600 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990935116 |
| 1601 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990935215 |
| 1602 | Simvastatinum | Ximve, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990935314 |
| 1603 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990941025 |
| 1604 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990941124 |
| 1605 | Simvastatinum | Simvachol, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990941223 |
| 1606 | Simvastatinum | Vasilip, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 5909990982714 |
| 1607 | Simvastatinum | Simratio 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909991019723 |
| 1608 | Simvastatinum | Simratio 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909991019822 |
| 1609 | Simvastatinum | Simratio 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909991019945 |
| 1610 | Simvastatinum | Vastan, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909991073114 |
| 1611 | Simvastatinum | Vastan, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909991073213 |
| 1612 | Simvastatinum | Simvagamma 10, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991146016 |
| 1613 | Simvastatinum | Simvagamma 20, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991146115 |
| 1614 | Simvastatinum | Simvagamma 40, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909991146214 |
| 1615 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990649532 |

| 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 |
| 1616 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990649655 |
| 1617 | Simvastatinum | Simorion, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 5909990794089 |
| 1618 | Simvastatinum | Simorion, tabl. powl., 20 mg | 98 szt. | 5909990794157 |
| 1619 | Simvastatinum | Simorion, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 5909990794140 |
| 1620 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909990723591 |
| 1621 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990723829 |
| 1622 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 5909990723812 |
| 1623 | Simvastatinum | Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 5909990724031 |
| 1624 | Simvastatinum | Simorion, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909990793853 |
| 1625 | Simvastatinum | Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 5907553016012 |
| 1626 | Simvastatinum | Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 5907553016029 |
| 1627 | Simvastatinum | Simvastatinum Accord, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909990706396 |
| 1628 | Simvastatinum | Simvastatinum Accord, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 5909990706532 |
| 1629 | Simvastatinum | Simvastatinum Accord, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 5909990706631 |
| 1630 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909991048488 |
| 1631 | Simvastatinum | Simcovas, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909991048495 |
| 1632 | Simvastatinum | Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990940110 |
| 1633 | Simvastatinum | Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990940219 |
| 1634 | Simvastatinum | Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990940318 |
| 1635 | Simvastatinum | Simvastatinum Accord, tabl. powl., 10 mg | 100 szt. | 5909990706464 |
| 1636 | Simvastatinum | Simvastatinum Accord, tabl. powl., 20 mg | 100 szt. | 5909990706594 |
| 1637 | Simvastatinum | Simvastatinum Accord, tabl. powl., 40 mg | 100 szt. | 5909990706693 |
| 1638 | Simvastatinum | Simvastatinum Accord, tabl. powl., 20 mg | 30 szt. | 5909990706549 |
| 1639 | Simvastatinum | Simvastatinum Accord, tabl. powl., 40 mg | 30 szt. | 5909990706648 |
| 1640 | Simvastatinum | Simvastatinum Accord, tabl. powl., 10 mg | 30 szt. | 5909990706402 |
| 1641 | Simvastatinum | Sistat, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 5909991261238 |
| 1642 | Simvastatinum | Sistat, tabl. powl., 20 mg | 28 szt. | 5909991261184 |
| 1643 | Simvastatinum | Sistat, tabl. powl., 10 mg | 28 szt. | 5909991261139 |
| 1644 | Sotalolum | SotaHEXAL 80, tabl., 80 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 5909990309016 |
| 1645 | Sotalolum | SotaHEXAL 160, tabl., 160 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 5909990309115 |

| 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 |
| 1646 | Sotalolum | Biosotal 80, tabl., 80 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990365616 |
| 1647 | Sotalolum | Biosotal 40, tabl., 40 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990365715 |
| 1648 | Sotalolum | SotaHEXAL 40, tabl., 40 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 5909991014711 |
| 1649 | Spironolactonum | Spironol, tabl., 25 mg | 20 szt. | 5909990110216 |
| 1650 | Spironolactonum | Spironol, tabl., 25 mg | 100 szt. | 5909990110223 |
| 1651 | Spironolactonum | Verospiron, tabl., 25 mg | 20 szt. | 5909990117215 |
| 1652 | Spironolactonum | Verospiron, kaps. twarde, 50 mg | 30 szt. | 5909990488414 |
| 1653 | Spironolactonum | Verospiron, kaps. twarde, 100 mg | 30 szt. | 5909990488513 |
| 1654 | Spironolactonum | Spironol 100, tabl. powl., 100 mg | 20 szt. | 5909990673124 |
| 1655 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 100 mg | 30 szt. | 5909990965977 |
| 1656 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 25 mg | 100 szt. | 5909990965861 |
| 1657 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 50 mg | 30 szt. | 5909990965878 |
| 1658 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 50 mg | 100 szt. | 5909990965885 |
| 1659 | Spironolactonum | Finospir, tabl., 25 mg | 30 szt. | 5909990965854 |
| 1660 | Spironolactonum | Spironol, tabl. powl., 50 mg | 30 szt. | 5909991244651 |
| 1661 | Spironolactonum | Spironol, tabl. powl., 50 mg | 60 szt. | 5909991244668 |
| 1662 | Spironolactonum | Ismian, tabl. powl., 100 mg | 30 tabl. | 5909991277208 |
| 1663 | Spironolactonum | Ismian, tabl. powl., 25 mg | 20 tabl. | 5909991277079 |
| 1664 | Spironolactonum | Ismian, tabl. powl., 25 mg | 30 tabl. | 5909991277086 |
| 1665 | Spironolactonum | Ismian, tabl. powl., 25 mg | 100 tabl. | 5909991277123 |
| 1666 | Spironolactonum | Ismian, tabl. powl., 50 mg | 30 tabl. | 5909991277147 |
| 1667 | Spironolactonum | Ismian, tabl. powl., 100 mg | 20 tabl. | 5909991277192 |
| 1668 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg | 50 szt. | 5909990283217 |
| 1669 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. | 5909990283316 |
| 1670 | Sulfasalazinum | Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. | 5909990283323 |
| 1671 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 50 szt. (1 poj.po 50 szt.) | 5909990864416 |
| 1672 | Sulfasalazinum | Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg | 100 szt. (1 poj.po 100 szt.) | 5909990864423 |
| 1673 | Tamsulosini hydrochloridum | Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 5909990894642 |
| 1674 | Tamsulosinum | Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990044382 |
| 1675 | Tamsulosinum | Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990045006 |

| 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 |
| 1676 | Tamsulosinum | Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 5909990048007 |
| 1677 | Tamsulosinum | Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990219070 |
| 1678 | Tamsulosinum | Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990430895 |
| 1679 | Tamsulosinum | Bazetham, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990565894 |
| 1680 | Tamsulosinum | Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990565948 |
| 1681 | Tamsulosinum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990566068 |
| 1682 | Tamsulosinum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990566075 |
| 1683 | 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 |
| 1684 | Tamsulosinum | TamsuLEK, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990570386 |
| 1685 | Tamsulosinum | Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 5909990570690 |
| 1686 | Tamsulosinum | Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990573257 |
| 1687 | 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 |
| 1688 | Tamsulosinum | Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990716418 |
| 1689 | Tamsulosinum | Tamsudil, kaps. twarde o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. (9 blist.po 10) | 5909990565962 |
| 1690 | Tamsulosinum | Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 5909990894598 |
| 1691 | Tamsulosinum | Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 5909990847808 |
| 1692 | Tamsulosinum | TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg | 30 szt. | 5909990980451 |
| 1693 | Tamsulosinum | Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 5909990900794 |
| 1694 | Tamsulosinum | Urostad, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 5909997216393 |
| 1695 | Tamsulosinum | Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 5909997226293 |
| 1696 | Tamsulosinum | Tamsulosin Genoptim, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 kaps. | 5909991012465 |
| 1697 | Tamsulosinum | Tamsulosin Genoptim, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 60 kaps. | 5909991012496 |
| 1698 | Tamsulosinum | Tamsulosin Genoptim, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 kaps. | 5909991012502 |
| 1699 | Tamsulosinum | Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 5909991136321 |
| 1700 | Tamsulosinum | Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 5909997225937 |
| 1701 | Tamsulosinum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990573585 |
| 1702 | Tamsulosinum | Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. (9 blist.po 10 szt.) | 5909990573592 |
| 1703 | Tamsulosinum | Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 5909991191221 |
| 1704 | Tamsulosinum | Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 60 szt. | 5909991191214 |

| 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 |
| 1705 | Tamsulosinum | Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 5909991199081 |
| 1706 | Tamsulosinum | Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 5907587609235 |
| 1707 | Tamsulosinum | Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 30 szt. | 5909991265878 |
| 1708 | Tamsulosinum | Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 30 szt. | 5909990622726 |
| 1709 | Tamsulosinum | Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg | 90 szt. | 5906414001501 |
| 1710 | Tamsulosinum | Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg | 90 szt. | 5909991092184 |
| 1711 | Telmisartanum | Micardis, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909990440726 |
| 1712 | Telmisartanum | Micardis, tabl., 80 mg | 14 szt. | 5909990440818 |
| 1713 | Telmisartanum | Micardis, tabl., 80 mg | 28 szt. | 5909990440825 |
| 1714 | Telmisartanum | Pritor, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909990463428 |
| 1715 | Telmisartanum | Pritor, tabl., 80 mg | 28 szt. | 5909990463527 |
| 1716 | Telmisartanum | Tolura 40 mg tabletki, tabl. powl., 40 mg | 28 tabl. | 5909997077604 |
| 1717 | Telmisartanum | Tolura 80 mg tabletki, tabl. powl., 80 mg | 28 tabl. | 5909997077673 |
| 1718 | Telmisartanum | Actelsar, tabl., 80 mg | 28 szt. | 5909990891863 |
| 1719 | Telmisartanum | Telmizek, tabl., 80 mg | 28 szt. | 5909990902095 |
| 1720 | Telmisartanum | Telmizek, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909990902002 |
| 1721 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909990974863 |
| 1722 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 80 mg | 28 szt. | 5909990974979 |
| 1723 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 28 tabl. | 5909990818150 |
| 1724 | Telmisartanum | Telmisartan Sandoz, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909990840472 |
| 1725 | Telmisartanum | Telmisartan Sandoz, tabl., 80 mg | 28 szt. | 5909990840557 |
| 1726 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 28 tabl. | 5909990818082 |
| 1727 | Telmisartanum | Polsart, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909990936670 |
| 1728 | Telmisartanum | Polsart, tabl., 80 mg | 28 szt. | 5909990936700 |
| 1729 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 56 tabl. | 5909997077628 |
| 1730 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 56 tabl. | 5909997077697 |
| 1731 | Telmisartanum | Zanacodar, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909990941841 |
| 1732 | Telmisartanum | Zanacodar, tabl., 80 mg | 28 szt. | 5909990941926 |
| 1733 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg | 28 tabl. | 5909991018436 |
| 1734 | Telmisartanum | Telmisartan Apotex, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909990992058 |

| 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 |
| 1735 | Telmisartanum | Telmisartan Apotex, tabl., 80 mg | 28 szt. | 5909990992065 |
| 1736 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg | 28 szt. | 5909991036768 |
| 1737 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 5909991036867 |
| 1738 | Telmisartanum | Actelsar, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909990891832 |
| 1739 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 80 mg | 84 szt. | 5909997077703 |
| 1740 | Telmisartanum | Tolura, tabl., 40 mg | 84 szt. | 5909997077635 |
| 1741 | Telmisartanum | Telmisartanum 123ratio, tabl., 80 mg | 28 szt. | 5909990821792 |
| 1742 | Telmisartanum | Telmisartanum 123ratio, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909990821839 |
| 1743 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 40 mg | 56 szt. | 5909991086626 |
| 1744 | Telmisartanum | Tezeo, tabl., 80 mg | 56 szt. | 5909991086633 |
| 1745 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 40 mg | 56 tabl. | 5909990974887 |
| 1746 | Telmisartanum | Telmix, tabl., 80 mg | 56 tabl. | 5909990974993 |
| 1747 | Telmisartanum | Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 5909991229801 |
| 1748 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909991060220 |
| 1749 | Telmisartanum | Telmabax, tabl., 80 mg | 28 szt. | 5909991060268 |
| 1750 | Telmisartanum | Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg | 28 szt. | 5909991018429 |
| 1751 | Telmisartanum | Telmizek, tabletki, 80 mg | 28 szt. | 5909991361969 |
| 1752 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | PritorPlus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 5909990644834 |
| 1753 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, tabl., 80+25 mg | 14 szt. | 5909990653010 |
| 1754 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 5909990653027 |
| 1755 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909991020026 |
| 1756 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | PritorPlus, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 5909991068325 |
| 1757 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | PritorPlus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909991068424 |
| 1758 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 5909991045180 |
| 1759 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 5909991045203 |
| 1760 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909991045692 |
| 1761 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 5909991045722 |
| 1762 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 5909991045807 |
| 1763 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 5909991045852 |
| 1764 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909991056247 |

| 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 |
| 1765 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 5909991056773 |
| 1766 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 5909991082338 |
| 1767 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909991082529 |
| 1768 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 5909991082598 |
| 1769 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 5909991073909 |
| 1770 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909991073848 |
| 1771 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg | 84 szt. | 5909991045265 |
| 1772 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg | 84 szt. | 5909991045746 |
| 1773 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tolucombi, tabl., 80+25 mg | 84 szt. | 5909991045876 |
| 1774 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 5909991095994 |
| 1775 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 5909991096007 |
| 1776 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909991096038 |
| 1777 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Gisartan, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 5909991079802 |
| 1778 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Gisartan, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909991080051 |
| 1779 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Gisartan, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 5909991080174 |
| 1780 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 5909991096045 |
| 1781 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 5909991096069 |
| 1782 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 5909991096076 |
| 1783 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 5909991073732 |
| 1784 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 5909991079451 |
| 1785 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909991079598 |
| 1786 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Polsart Plus, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 5909991079703 |
| 1787 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 5909991226381 |
| 1788 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909991226398 |
| 1789 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 5909991226404 |
| 1790 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telhyd, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 5909991268770 |
| 1791 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telhyd, tabl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909991268787 |
| 1792 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telhyd, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 5909991268794 |
| 1793 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmidon, tabl., 80+25 mg | 56 szt. | 5909991283322 |
| 1794 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmidon, tabl., 80+25 mg | 28 szt. | 5909991283308 |

| 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 |
| 1795 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmidon, tabl., 40+12,5 mg | 56 szt. | 5909991283056 |
| 1796 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmidon, tabl., 40+12,5 mg | 28 szt. | 5909991283032 |
| 1797 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum | Telmidon, tabl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 5909991283148 |
| 1798 | Terazosinum | Kornam, tabl., 2 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990484119 |
| 1799 | Terazosinum | Kornam, tabl., 5 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990484317 |
| 1800 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 2 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990767816 |
| 1801 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990767915 |
| 1802 | Terazosinum | Hytrin, tabl., 10 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990768011 |
| 1803 | Theophyllinum | Theovent 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 5909990149926 |
| 1804 | Theophyllinum | Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 5909990261215 |
| 1805 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990450114 |
| 1806 | Theophyllinum | Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990450213 |
| 1807 | Theophyllinum | Euphyllin CR retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990665419 |
| 1808 | Theophyllinum | Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 50 szt. (5 blist.po 10 szt.) | 5909990803910 |
| 1809 | Ticlopidinum | Iclopid, tabl. powl., 250 mg | 60 szt. | 5909990044986 |
| 1810 | Ticlopidinum | Aclotin, tabl. powl., 0,25 g | 60 szt. (3 blist.po 20 szt.) | 5909990334971 |
| 1811 | Ticlopidinum | Apo-Clodin, tabl. powl., 250 mg | 60 szt. (1 but.po 60 szt.) | 5909990646616 |
| 1812 | Ticlopidinum | Aclotin, tabl. powl., 0,25 g | 20 szt. (1 blist.po 20 szt.) | 5909990667116 |
| 1813 | Ticlopidinum | Ifapidin, tabl. powl., 250 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990694846 |
| 1814 | Ticlopidinum | Ifapidin, tabl. powl., 250 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 5909990694853 |
| 1815 | Ticlopidinum | Apo-Clodin, tabl. powl., 250 mg | 30 szt. (1 but.po 30 szt.) | 5909990938315 |
| 1816 | Ticlopidinum | Iclopid, tabl. powl., 250 mg | 20 szt. | 5909991029333 |
| 1817 | Timololum | Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml | 5 ml | 5909990073610 |
| 1818 | Timololum | Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 5 ml | 5909990073719 |
| 1819 | Timololum | Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml | 1 but.po 5 ml | 5909990187713 |
| 1820 | Tiotropii bromidum | Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 szt. (3 blist.po 10 szt.) | 5909990985111 |
| 1821 | Tiotropii bromidum | Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 szt. (3 blist.po 10 szt. + HandiHaler) | 5909990985128 |
| 1822 | 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 |
| 1823 | Tiotropii bromidum | Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną | 30 szt. + 1 inhalator | 5909991299545 |
| 1824 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. | 5909991253998 |

| 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 |
| 1825 | Tiotropium | Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną | 30 kaps. z inhalatorem | 5909991254001 |
| 1826 | Travoprostum | Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 5909990942619 |
| 1827 | Travoprostum | Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 5909991197629 |
| 1828 | Travoprostum + Timololum | DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml | 1 but.po 2,5 ml | 5909990586172 |
| 1829 | Trazodonum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 30 szt. (2 blist.po 15 szt.) | 5909990918621 |
| 1830 | Trazodonum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 20 szt. (2 blist.po 10 szt.) | 5909990918720 |
| 1831 | Trazodonum | Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 szt. (6 blist.po 10 szt.) | 5909990715497 |
| 1832 | Umeclidinii bromidum | Incruse, proszek do inhalacji, 55 µg | 30 daw. | 5909991108953 |
| 1833 | Umeclidinii bromidum + Vilanterolum | Anoro, proszek do inhalacji, 55+22 µg | 30 dawek | 5909991108984 |
| 1834 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990074945 |
| 1835 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990074969 |
| 1836 | Valsartanum | Tensart, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990681877 |
| 1837 | Valsartanum | Tensart, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990682065 |
| 1838 | Valsartanum | Nortivan, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 5909990726776 |
| 1839 | Valsartanum | Nortivan, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 5909990726844 |
| 1840 | Valsartanum | Bespres, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990751594 |
| 1841 | Valsartanum | Bespres, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990751877 |
| 1842 | Valsartanum | Diovan, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990929115 |
| 1843 | Valsartanum | Diovan, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990929214 |
| 1844 | Valsartanum | Diovan, tabl. powl., 160 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 5909990929238 |
| 1845 | Valsartanum | Axudan, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 5909990831067 |
| 1846 | Valsartanum | Axudan, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 5909990830961 |
| 1847 | Valsartanum | Valsacor 80, tabl. powl., 80 mg | 60 szt. | 5909990818853 |
| 1848 | Valsartanum | Valsacor 160, tabl. powl., 160 mg | 60 szt. | 5909990818983 |
| 1849 | Valsartanum | Valsargen, kaps. twarde, 80 mg | 28 szt. | 5909990856954 |
| 1850 | Valsartanum | Valsargen, kaps. twarde, 160 mg | 28 szt. | 5909990857081 |
| 1851 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg | 28 szt. | 5909990779147 |
| 1852 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 5909990827459 |
| 1853 | Valsartanum | Vanatex, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 5909990827480 |
| 1854 | Valsartanum | Valsotens, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 5909990693276 |

| 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 |
| 1855 | Valsartanum | Avasart, tabl. powl., 80 mg | 28 szt.. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990773695 |
| 1856 | Valsartanum | Avasart, tabl. powl., 160 mg | 28 szt.. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990773763 |
| 1857 | Valsartanum | Apo-Valsart, tabl. powl., 160 mg | 28 tabl. | 5909990870905 |
| 1858 | Valsartanum | Apo-Valsart, tabl. powl., 80 mg | 28 tabl. | 5909990870561 |
| 1859 | Valsartanum | Axudan, tabl. powl., 320 mg | 28 szt. | 5909990831159 |
| 1860 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 5909990804542 |
| 1861 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 5909990804580 |
| 1862 | Valsartanum | Walsartan KRKA, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 5909991002794 |
| 1863 | Valsartanum | Walsartan KRKA, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 5909991003081 |
| 1864 | Valsartanum | Valsartan 123ratio, kaps. twarde, 80 mg | 28 szt. | 5909990810635 |
| 1865 | Valsartanum | Valsartan 123ratio, kaps. twarde, 160 mg | 28 szt. | 5909990810697 |
| 1866 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 80 mg | 56 szt. | 5909991088101 |
| 1867 | Valsartanum | Valtap, tabl. powl., 160 mg | 56 szt. | 5909991088118 |
| 1868 | Valsartanum | Valsartan Aurobindo, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 5909990986057 |
| 1869 | Valsartanum | Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg | 90 szt. | 5909990818860 |
| 1870 | Valsartanum | Valsacor 160 mg tabletki, tabl. powl., 160 mg | 90 szt. | 5909990818990 |
| 1871 | Valsartanum | Valzek, tabl., 80 mg | 28 tabl. | 5909991202286 |
| 1872 | Valsartanum | Valzek, tabl., 160 mg | 28 tabl. | 5909991202330 |
| 1873 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg | 28 szt. | 5909991216306 |
| 1874 | Valsartanum | Axudan, tabl. powl., 80 mg | 28 szt. | 5909991225988 |
| 1875 | Valsartanum | Axudan, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 5909991225971 |
| 1876 | Valsartanum | Axudan, tabl. powl., 80 mg | 56 szt. | 5909990830985 |
| 1877 | Valsartanum | Axudan, tabl. powl., 160 mg | 28 szt. | 5909991230395 |
| 1878 | Valsartanum | Axudan, tabl. powl., 160 mg | 56 szt. | 5909990831081 |
| 1879 | Valsartanum | Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg | 28 szt. | 5909991261801 |
| 1880 | Valsartanum | Ivisart, tabl., 160 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990686254 |
| 1881 | Valsartanum | Ivisart, tabl., 80 mg | 28 szt. | 5909990685981 |
| 1882 | Valsartanum | Awalone, tabletki powlekane, 160 mg | 28 tabl. | 5909990688739 |
| 1883 | Valsartanum | Awalone, tabletki powlekane, 80 mg | 28 tabl. | 5909990688548 |
| 1884 | Valsartanum | Nortivan Neo, tabletki powlekane, 160 mg | 28 tabl. | 5909991055929 |

| 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 |
| 1885 | Valsartanum | Nortivan Neo, tabletki powlekane, 80 mg | 28 tabl. | 5909991055899 |
| 1886 | Valsartanum | Valorion, tabletki powlekane, 160 mg | 28 tabl. | 5909991299590 |
| 1887 | Valsartanum | Valorion, tabletki powlekane, 80 mg | 28 tabl. | 5909991299583 |
| 1888 | Valsartanum | Axudan, tabletki powlekane, 160 mg | 28 tabl. | 5909991253912 |
| 1889 | Valsartanum | Axudan, tabletki powlekane, 80 mg | 28 tabl. | 5909991253226 |
| 1890 | Valsartanum | Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 80 mg | 28 tabl. | 5909991266387 |
| 1891 | Valsartanum | Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 160 mg | 28 tabl. | 5909991266455 |
| 1892 | Valsartanum | Valsartan Genoptim, tabletki powlekane, 160 mg | 56 tabl. | 5909991266479 |
| 1893 | Valsartanum | Valtap, tabletki powlekane, 160 mg | 28 tabl. | 5909991344375 |
| 1894 | Valsartanum | Bespres, tabletki powlekane, 160 mg | 28 tabl. | 5909991350680 |
| 1895 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990704132 |
| 1896 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990704262 |
| 1897 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990740246 |
| 1898 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990740277 |
| 1899 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 5909990740857 |
| 1900 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Nortivan, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909990772292 |
| 1901 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Nortivan, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 5909990772452 |
| 1902 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Nortivan, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 5909990772506 |
| 1903 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990740864 |
| 1904 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Diovan, tabl. powl., 160+25 mg | 14 szt. (1 blist.po 14 szt.) | 5909991062927 |
| 1905 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 5909990829989 |
| 1906 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 5909990830107 |
| 1907 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 5909990874255 |
| 1908 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909990862351 |
| 1909 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 5909990862399 |
| 1910 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 5909990862375 |
| 1911 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsotens HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 5909990877386 |
| 1912 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsotens HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 5909990877201 |
| 1913 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909990829927 |
| 1914 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabl. powl., 320+12,5 mg | 28 szt. | 5909990830176 |

| 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 |
| 1915 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg | 28 szt. | 5909990847464 |
| 1916 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-valsacor, tabl. powl., 320+25 mg | 28 szt. | 5909990847501 |
| 1917 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990740833 |
| 1918 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabl. powl., 320+25 mg | 28 szt. | 5909990830244 |
| 1919 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 5909990801961 |
| 1920 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 5909990802005 |
| 1921 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 tabl. | 5909990740192 |
| 1922 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 14 szt. | 5909990813995 |
| 1923 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg | 56 tabl. | 5909990740208 |
| 1924 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg | 56 tabl. | 5909990740253 |
| 1925 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg | 56 tabl. | 5909990740284 |
| 1926 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 5909990847600 |
| 1927 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + hydrochlorothiazide Krka, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 5909990847655 |
| 1928 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | ApoValsart HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 5909991028688 |
| 1929 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 56 szt. | 5909991067564 |
| 1930 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 56 szt. | 5909991067557 |
| 1931 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan HCT Mylan, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 5909991045500 |
| 1932 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan HCT Mylan, tabl. powl., 160+25 mg | 14 szt. | 5909991046750 |
| 1933 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan HCT Mylan, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 5909991046767 |
| 1934 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg | 98 szt. | 5909990740260 |
| 1935 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg | 98 szt. | 5909990740291 |
| 1936 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg | 98 szt. | 5909990740239 |
| 1937 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + hydrochlorothiazide Aurobindo, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 5909991077495 |
| 1938 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 56 szt. | 5909990830008 |
| 1939 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 5909991230234 |
| 1940 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 5909991230333 |
| 1941 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg | 56 szt. | 5909990829941 |
| 1942 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabl. powl., 160+25 mg | 56 szt. | 5909990830138 |
| 1943 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Awalten, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 5909991242893 |
| 1944 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Awalten, tabl. powl., 160+25 mg | 56 szt. | 5909991242916 |

| 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 |
| 1945 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Awalten, tabl. powl., 320+12,5 mg | 28 szt. | 5909991077655 |
| 1946 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Awalten, tabl. powl., 320+25 mg | 28 szt. | 5909991077792 |
| 1947 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Awalten, tabl. powl., 160+12,5 mg | 28 szt. | 5909991077341 |
| 1948 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Awalten, tabl. powl., 160+12,5 mg | 56 szt. | 5909991077372 |
| 1949 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Awalten, tabl. powl., 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909991242787 |
| 1950 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg | 28 szt. | 5909991282028 |
| 1951 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg | 28 tabl. | 5909991305949 |
| 1952 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg | 14 tabl. | 5909991305932 |
| 1953 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 80+12,5 mg | 28 tabl. | 5909991135850 |
| 1954 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 160+25 mg | 28 tabl. | 5909991136376 |
| 1955 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Valsartan + HCT Genoptim, tabletki powlekane, 160+12,5 mg | 28 tabl. | 5909991136116 |
| 1956 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+25 mg | 28 tabl. | 5909991254407 |
| 1957 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+12,5 mg | 28 tabl. | 5909991251857 |
| 1958 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 320+25 mg | 28 szt. | 5909991325749 |
| 1959 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 80+12,5 mg | 28 szt. | 5909991325572 |
| 1960 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+12,5 mg mg | 28 szt. | 5909991340131 |
| 1961 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+25 mg | 28 szt. | 5909991340186 |
| 1962 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg | 28 szt. | 5909991343989 |
| 1963 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg | 28 szt. | 5909991351090 |
| 1964 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabletki powlekane, 320+12,5 mg | 28 szt. | 5909991349721 |
| 1965 | Valsartanum + Hydrochlorothiazidum | Co-Valsacor, tabletki powlekane, 320+25 mg | 28 szt. | 5909991349707 |
| 1966 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990040971 |
| 1967 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990040995 |
| 1968 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990047895 |
| 1969 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990047956 |
| 1970 | Venlafaxinum | Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990055982 |
| 1971 | Venlafaxinum | Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990056279 |
| 1972 | Venlafaxinum | Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990056293 |
| 1973 | Venlafaxinum | Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990424672 |
| 1974 | Venlafaxinum | Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990493913 |

| 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 |
| 1975 | Venlafaxinum | Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990494019 |
| 1976 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990660636 |
| 1977 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990660643 |
| 1978 | Venlafaxinum | Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990660650 |
| 1979 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg | 28 szt. | 5909990673728 |
| 1980 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990673766 |
| 1981 | Venlafaxinum | Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990673803 |
| 1982 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 5909990691760 |
| 1983 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990691883 |
| 1984 | Venlafaxinum | Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990691906 |
| 1985 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 5909990715299 |
| 1986 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990715350 |
| 1987 | Venlafaxinum | Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990715374 |
| 1988 | Venlafaxinum | Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 5909990721498 |
| 1989 | Venlafaxinum | Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990721504 |
| 1990 | Venlafaxinum | Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990721528 |
| 1991 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990727490 |
| 1992 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990727506 |
| 1993 | Venlafaxinum | Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. (4 blist.po 7 szt.) | 5909990727520 |
| 1994 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990767601 |
| 1995 | Venlafaxinum | Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990767625 |
| 1996 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 37,5 mg | 28 szt. | 5909991093815 |
| 1997 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 37,5 mg | 56 szt. | 5909991093822 |
| 1998 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 75 mg | 28 szt. | 5909991093914 |
| 1999 | Venlafaxinum | Velafax, tabl., 75 mg | 56 szt. | 5909991093921 |
| 2000 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 98 szt. | 5909990795833 |
| 2001 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909990795826 |
| 2002 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 98 szt. | 5909990795796 |
| 2003 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909990795789 |
| 2004 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 98 szt. | 5909990795819 |

| 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 |
| 2005 | Venlafaxinum | Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. | 5909990795802 |
| 2006 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 szt. (2 blist.po 14 szt.) | 5909990047901 |
| 2007 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909991091996 |
| 2008 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909991092030 |
| 2009 | Venlafaxinum | Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg | 28 kaps. | 5909991135096 |
| 2010 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg | 60 tabl. | 5909991197728 |
| 2011 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg | 60 tabl. | 5909991197735 |
| 2012 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg | 28 szt. | 5909991265694 |
| 2013 | Venlafaxinum | Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg | 28 szt. | 5909991265717 |
| 2014 | Warfarinum | Warfin, tabl., 3 mg | 100 szt. (1 słoik po 100 szt.) | 5909990622368 |
| 2015 | Warfarinum | Warfin, tabl., 5 mg | 100 szt. (1 słoik po 100 szt.) | 5909990622382 |