Załącznik B.46.

**LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO (ICD-10 G 35)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO** | | |
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia fingolimodem w ramach programu:**  Do leczenia substancją czynną fingolimod kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:  1.1. Wiek od 18 roku życia;  1.2. Rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego (RRMS) - oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda (2010), włącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po kontraście, w którym w okresie kwalifikacji w obrazie T-2 zależnym stwierdzono obecność co najmniej 9 zmian lub obecność co najmniej 1 zmiany po wzmocnieniu gadolinem;  1.3. Pacjenci, u których stwierdza się brak odpowiedzi na pełny, minimum roczny cykl leczenia interferonem beta lub octanem glatirameru, definiowany jako spełnienie obu poniższych warunków:  1) liczba i ciężkość rzutów:   1. 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 liczby układów funkcjonalnych) lub 2. 1 ciężki rzut po 6 miesiącach leczenia (wzrost w EDSS większy niż w definicji rzutu umiarkowanego);   2) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:  a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),  b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.  **2. Przeciwwskazania bezwzględne do stosowania fingolimodu:**  Przeciwwskazaniem do leczenia fingolimodem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:  1) Pacjenci ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zakażeń oportunistycznych, w tym:  a) pacjenci z rozpoznanym zespołem niedoboru odporności,  b) osoby przyjmujące aktualnie leki immunosupresyjne,  c) pacjenci ze zmniejszoną odpornością powstałą w wyniku wcześniejszego leczenia immunosupresyjnego;  2) Ciężkie aktywne zakażenia oraz aktywne przewlekłe zakażenia w szczególności zapalenie wątroby, gruźlica;  3) Rozpoznane czynne choroby nowotworowe, z wyjątkiem pacjentów z rakiem podstawnokomórkowym skóry;  4) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopnia C wg Child-Pugh);  5) Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;  6) Pacjenci z chorobą niedokrwienną serca, chorobą węzła zatokowego, wywiadem w kierunku zawału serca oraz leczeni lekami antyarytmicznymi klasy Ia lub III;  7) Pacjenci, którzy nie przebyli ospy wietrznej lub nie zostali przeciw niej zaszczepieni i nie występują u nich przeciwciała przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (Varicella-Zoster virus, VZV);  8) Pacjenci z wtórnie postępującą postacią choroby.  **3. Przeciwwskazania względne do stosowania:**  Nie zaleca się stosowania fingolimodu:   1. U pacjentów spełniających co najmniej jedno kryterium z niżej wymienionych: 2. blok drugiego stopnia typu Mobitz II lub blok przedsionkowo-komorowy wyższego stopnia; 3. blok zatokowo-przedsionkowy; 4. istotne wydłużenie QT (QTc>470 milisekund u kobiet lub>450 milisekund u mężczyzn); 5. wywiad w kierunku objawowej bradykardii lub nawracających omdleń; 6. choroba naczyń mózgowych; 7. wywiad w kierunku zastoinowej niewydolności krążenia; 8. wywiad w kierunku zatrzymania krążenia; 9. niekontrolowane nadciśnienie tętnicze; 10. ciężki zespół bezdechu sennego; 11. obrzęk plamki żółtej.   Ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia obrzęku plamki żółtej lek należy stosować ostrożnie u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy oraz zapalenia błony naczyniowej oka.   1. U pacjentów przyjmujących następujące leki przeciwarytmiczne lub zwalniające rytm serca:    1. leki beta-adrenolityczne;    2. antagoniści kanału wapniowego zwalniający akcję serca (np. werapamil, diltiazem lub iwabradyna);    3. inne substancje mogące zwalniać akcję serca  (np. digoksyna, antagoniści cholinoesterazy lub pilokarpina).   **4. Kryteria wyłączenia:**  Kryterium wyłączenia z leczenia fingolimodem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:   1. Rezygnacja pacjenta 2. Ciąża; 3. Spełnienie kryteriów nieskuteczności leczenia zawartych w pkt 5; 4. Utrzymujący się, spadek liczby limfocytów poniżej 0.2 x 109/l; 5. Utrzymujące się i niebędące wynikiem innego procesu chorobowego zwiększenie aktywności aminotransferaz wątrobowych powyżej pięciokrotności górnej granicy normy lub zwiększenie stężenia bilirubiny w surowicy; 6. Wystąpienie innych zdarzeń niepożądanych związanych z leczeniem, niepoddających się rutynowemu postępowaniu; 7. Przejście w postać wtórnie postępującą.   **5. Określenie czasu leczenia w programie:**  Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza się po każdych pełnych 12 miesiącach terapii.  U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię fingolimodem można przedłużać o kolejne 12 miesięcy.  Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby, zależy od decyzji lekarza, nie może jednak przekraczać 60 miesięcy.  W przypadku wystąpienia, w początkowym okresie leczenia, objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego, dopuszcza się w ramach programu zamianę na lek o innym mechanizmie działania.  Przesłanki do zmiany terapii, wymienione w poprzednim zdaniu nie są tożsame z brakiem skuteczności wdrożonego leczenia.  Za brak skuteczności leczenia fingolimodem, uzasadniający zmianę leczenia lub przerwanie leczenia, przyjmuje się wystąpienie jednej z poniższych sytuacji:  1) Przejście w postać wtórnie postępującą lub  2) Wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów:  a) liczba i ciężkość rzutów:  - 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami (wzrost EDSS o 1 do 2 pkt lub wzrost o 2 pkt w zakresie jednego lub dwóch układów funkcjonalnych lub o 1 pkt w zakresie czterech lub większej liczbie układów funkcjonalnych) lub  - 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia (wzrost EDSS większy niż w definicji rzutu umiarkowanego),  b) progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej:  - 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5,  - 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0;  c) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:  - więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),  - więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.  **6. Kryteria przedłużenia leczenia o kolejne 12 miesięcy:**  Leczenie może zostać przedłużone o kolejne 12 miesięcy, jeżeli zostaną spełnione 2 z 3 niżej wymienionych kryteriów:   1. liczba i ciężkość rzutów:   - brak rzutów lub rzuty łagodne (wzrost EDSS w trakcie rzutu o 0.5 pkt lub o 1 pkt w zakresie jednego do trzech układów funkcjonalnych) lub  - 1 rzut umiarkowany (wzrost EDSS w trakcie rzutu o 1 do 2 pkt lub 2 pkt w zakresie jednego do dwóch układów funkcjonalnych lub o 1 pkt w czterech lub większej liczbie układów funkcjonalnych) lub   1. brak progresji choroby w okresie ostatniego roku leczenia: różnica w skali EDSS poniżej 1 pkt; 2. 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).   **7.** **Kryteria kwalifikacji do leczenia natalizumabem w ramach programu:**  Do leczenia substancją czynną natalizumab kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:  7.1. Wiek od 18 roku życia;  7.2. Rozpoznanie postaci rzutowej (nawracająco-ustępującej) stwardnienia rozsianego – oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda (2010) i spełnianie kryteriów określonych w pkt. 7.3. i 7.7. albo pkt.7.4. i 7.7.;  7.3. Pacjenci, u których stwierdza się brak skuteczności terapii interferonem beta lub octanem glatirameru po minimum 12-tu miesiącach terapii, definiowany jako spełnienie obu poniższych warunków:   1. liczba i ciężkość rzutów:    1. 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    2. 1 ciężki rzut po 6 miesiącach wymagający leczenia sterydami (wzrost w EDSS większy niż w definicji rzutu umiarkowanego 2. zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach gdy stwierdza się jedno z poniższych: 3. więcej niż jedna nowa zmiana GD(+) 4. więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2 (w sumie nie mniej niż 9 zmian);   7.4. Szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry :  a) liczba i ciężkość rzutów:  - co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność (w czasie rzutu wzrost EDSS o minimum 2 pkt)  b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego  - więcej niż jedna nowa zmiana GD(+) lub  - więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2 (w sumie nie mniej niż 9 zmian);  7.5. Zapoznanie się przez pacjenta z ustną i pisemną informacją dotyczącą programu. Podpisanie formularza świadomej zgody przez pacjenta i lekarza prowadzącego. Jeden komplet dokumentów pozostaje w Ośrodku, drugi zostaje przekazany pacjentowi;  7.6. Przekazanie i potwierdzenie otrzymania karty pacjenta;  7.7. Brak stwierdzonej obecności przeciwciał anty-JCV.  **8.** **Przeciwskazania do stosowania natalizumabu:**   1. Wiek poniżej 18 roku życia; 2. Ciąża i karmienie piersią; 3. Postać wtórnie postępująca i pierwotnie postępująca SM; 4. Skojarzenie z interferonem beta, octanem glatirameru; 5. Zwiększone ryzyko zakażeń oportunistycznych, w tym pacjenci z upośledzoną odpornością (obecnie leczeni lekami immunosupresyjnymi lub z upośledzoną odpornością z powodu wcześniej stosowanej terapii, np. mitoksantronem lub cyklofosfamidem). W przypadku braku zaburzeń odporności dopuszczalne jest leczenie po upłynięciu 6-ciu miesięcy od podania ostatniej dawki leku immunosupresyjnego; 6. Przeciwwskazania do wykonania rezonansu magnetycznego.   **9. Kryteria wyłączenia:**   1. Rezygnacja pacjenta; 2. Ciąża. 3. Nieprzestrzeganie zasad leczenia- pominięcie dwóch kolejnych dawek; 4. Postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia (PML);   a) w przypadku podejrzenia PML wstrzymanie podawania leku do czasu jego wykluczenia,  b) w przypadku potwierdzenia PML trwałe odstawienie leku.   1. Brak stabilizacji lub postęp choroby pomimo leczenia (dwa rzuty wymagające sterydoterapii lub pogorszenie o 2 punkty w EDSS w ciągu roku); 2. Reakcje nadwrażliwości przy podaniu leku; 3. Nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych związane z leczeniem natalizumabem (powyżej 3 górna granica normy); 4. Nowotwory złośliwe; 5. Inne zakażenia oportunistyczne.   **10. Określenie czasu leczenia w programie:**  Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza się po każdych pełnych 12 miesiącach terapii.  U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię natalizumabem można przedłużać o kolejne 12 miesięcy.  Z uwagi na podwyższone ryzyko PML, lekarz specjalista i pacjent powinni ponownie po 2 latach indywidualnie rozważyć korzyści i ryzyko leczenia natalizumabem. Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby, zależy od decyzji lekarza, nie może jednak przekraczać 60 miesięcy.  W przypadku wystąpienia, w początkowym okresie leczenia, objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego, dopuszcza się w ramach programu, zamianę na lek o innym mechanizmie działania. Przesłanki do zmiany terapii, wymienione w poprzednim zdaniu, nie są tożsame z brakiem skuteczności wdrożonego leczenia.  Za brak skuteczności leczenia natalizumabem, uzasadniający zmianę leczenia lub przerwanie leczenia, przyjmuje się wystąpienie jednej z poniższych sytuacji:   1. Przejście w postać wtórnie postępującą; 2. Wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów: 3. liczba i ciężkość rzutów:   - 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami (wzrost EDSS o 1 do 2 pkt lub wzrost o 2 pkt w zakresie jednego lub dwóch układów funkcjonalnych lub o 1 pkt w zakresie czterech lub większej liczbie układów funkcjonalnych) lub  - 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia (wzrost w EDSS większy niż w definicji rzutu umiarkowanego),   1. progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej:   - 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5,  - 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0;   1. zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:   - więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),  - więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.  **11. Kryteria przedłużenia leczenia o kolejne 12 miesięcy:**  Leczenie może zostać przedłużone o kolejne 12 miesięcy, jeżeli zostaną spełnione 2 z 3 niżej wymienionych kryteriów:   1. liczba i ciężkość rzutów:   - brak rzutów lub rzuty łagodne (wzrost EDSS w trakcie rzutu o 0.5 pkt lub o 1 pkt w zakresie jednego do trzech układów funkcjonalnych) lub  - 1 rzut umiarkowany (wzrost EDSS w trakcie rzutu o 1 do 2 pkt lub 2 pkt w zakresie jednego do dwóch układów funkcjonalnych lub o 1 pkt w czterech lub większej liczbie układów funkcjonalnych) lub   1. brak progresji choroby w okresie ostatniego roku leczenia: różnica w skali EDSS poniżej 1 pkt; 2. 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). | **1. Fingolimod**  Substancja czynna finansowana w ramach programu: chlorowodorek fingolimodu  Postać farmaceutyczna, dawka:  kapsułka twarda 0.5 mg.  Zalecane dawkowanie fingolimodu to 0.5 mg doustnie raz na dobę.  **2. Natalizumab**  Substancja czynna finansowana w ramach programu:  natalizumab  Postać farmaceutyczna, dawka:  koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 300 mg natalizumabu.  Zalecane dawkowanie natalizumabu to 300 mg dożylnie, we wlewie kroplowym 100 ml 0,9% NaCl co 4 tygodnie.  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. | **1. Badania przy kwalifikacji do leczenia fingolimodem:**  1.1. Badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby;  1.2. Morfologia krwi z rozmazem;  1.3. Rezonans magnetyczny z kontrastem; rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte do 30 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku;  1.4. Konsultacja kardiologiczna przed włączeniem leczenia fingolimodem u pacjentów otrzymujących leki mogące zwalniać akcję serca (betablokery, werapamil, digoksyna, leki cholinolityczne, pilokarpina itp.) oraz u pacjentów z wywiadem w kierunku zaburzeń rytmu i przewodzenia, niewydolności serca, omdleń kardiogennych, lub innej znaczącej choroby serca;  1.5. Konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka;  1.6. Oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV); w razie braku przeciwciał przeciw VZV konieczne jest przeprowadzenie szczepienia przeciw VZV miesiąc przed włączeniem leczenia fingolimodem;  1.7. U kobiet w wieku reprodukcyjnym – test ciążowy, który musi być negatywny przed rozpoczęciem leczenia fingolimodem;  1.8. Konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia.  Ponadto pacjenci włączeni do leczenia fingolimodem powinni obligatoryjnie zapoznać się z materiałami edukacyjnymi dostarczonymi przez producenta leku w ramach tzw. „planu zarządzania ryzykiem” i potwierdzić ten fakt pisemnie w dokumentacji medycznej.  **2. Inicjacja leczenia:**  2.1. Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej, gdzie istnieje możliwość ciągłego monitorowania zapisu EKG, oraz pilnej hospitalizacji w razie konieczności leczenia zaburzeń rytmu lub w razie konieczności leczenia zaburzeń przewodzenia. Wszyscy pacjenci w dniu inicjacji leczenia muszą być poddani 6-godzinnej ciągłej obserwacji w kierunku potencjalnie mogących wystąpić zaburzeń rytmu lub przewodzenia;  2.2. W toku opisanej inicjacji wykonuje się badania:   1. Badanie EKG z 12 odprowadzeniami oraz pomiar ciśnienia tętniczego bezpośrednio przez podaniem leku oraz po 6 godzinach od momentu podania leku; 2. Ciągłe monitorowanie EKG w czasie rzeczywistym (z użyciem kardiomonitora) w trakcie 6-godzinnej obserwacji po pierwszej dawce leku; 3. Pomiary ciśnienia tętniczego krwi i tętna co godzinę do zakończenia obserwacji, których wyniki musza być odnotowane w dokumentacji pacjenta; 4. W razie wystąpienia zaburzeń rytmu lub przewodzenia konieczne może być wykonanie dodatkowego badania EKG oraz przedłużenie monitorowania EKG do dnia następnego lub włączenie leczenia farmakologicznego; 5. W przypadku pacjentów z kardiologicznymi czynnikami ryzyka zdefiniowanymi w przeciwwskazaniach względnych obowiązkowa jest obserwacja do następnego dnia po włączeniu leczenia fingolimodem. U takich pacjentów konieczne jest przeprowadzenie konsultacji kardiologicznej przed planowanym włączeniem leczenia, a w przypadku pacjentów leczonych lekami zwalniającymi akcję serca zaleca się o ile jest to możliwe zmianę leczenia na takie, które nie powoduje zwolnienia akcji serca.   Identyczną procedurę monitorowania należy przeprowadzić również u pacjentów, u których doszło do przerwy w podawaniu fingolimodu trwającej dłużej niż 14 dni;   1. W przypadku wystąpienia istotnego wpływu na układ krążenia, obserwację pacjenta należy przedłużyć do czasu jego ustąpienia, nie krócej jednak niż do następnego dnia. Kryteria przedłużenia obserwacji obejmują:   a) wystąpienie w dowolnym momencie podczas 6-godzinnego okresu monitorowania pacjenta po podaniu pierwszej dawki fingolimodu bloku serca III stopnia,  b) obecność poniższych objawów w momencie zakończenia 6-godzinnej obserwacji:  - akcja serca poniżej 45 uderzeń na minutę,  - wydłużenie odstępu QT >500 milisekund,  - utrzymujący się nowo rozpoznany blok serca II stopnia typu Mobitz I lub blok przedsionkowo-komorowy wyższego stopnia.  U takich pacjentów konieczna jest konsultacja kardiologiczna (bądź internistyczna) celem oceny bezpieczeństwa dalszego leczenia fingolimodem. W razie wątpliwości należy rozważyć zmianę terapii.  **3. Monitorowanie leczenia:**   1. Badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych; 2. Rezonans magnetyczny z kontrastem – po każdych 12 miesiącach leczenia; 3. Konsultacja okulistyczna 3-4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie zależnie od opinii okulisty, jednak nie rzadziej niż raz w roku; 4. Konsultacja okulistyczna jest konieczna również w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia fingolimodem; 5. Okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 6. Konsultacja dermatologiczna po każdych 12 miesiącach leczenia.   **4. Badania przy kwalifikacji do leczenia natalizumabem:**  4.1. Morfologia krwi z rozmazem;  4.2. Badania biochemiczne krwi, w tym oceniające funkcję nerek i wątroby;  4.3. Badanie ogólne moczu;  4.4. Test ciążowy w moczu;  4.5. Rezonans magnetyczny bez i po podaniu kontrastu w okresie nie dłuższym niż 30 dni do podania leku, wg ustalonej metodologii (natężenie pola skanera ≥1,0 T, grubość przekroju ≤5 mm, bez przerw, sekwencje: FLAIR, TSE PD/T2, SE T1);  4.6. Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS;   1. 4.7. Wykonanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML. 2. Ponadto w ramach Planu Zarządzania Ryzykiem lekarze przepisujący produkt leczniczy zawierający natalizumab otrzymują pakiet dla lekarza zawierający:  * Charakterystykę Produktu Leczniczego oraz Ulotkę dla Pacjenta, * Informację dla lekarza o produkcie leczniczym zawierającym natalizumab, * Kartę Ostrzegawczą Pacjenta, * formularz wdrożenia i kontynuacji leczenia, * pacjenci włączenie do programu muszą otrzymać kartę ostrzegawczą pacjenta i kopię formularza rozpoczęcia terapii. Potwierdzenie otrzymania kopii formularza i karty ostrzegawczej pacjenta pozostaje w dokumentacji medycznej.   **5. Monitorowanie leczenia:**   1. badanie podmiotowe i przedmiotowe, ze szczególnym uwzględnieniem stanu psychicznego i funkcji poznawczych, przed każdym podaniem leku oraz w sytuacji pojawienia się nowych objawów; 2. badania laboratoryjne, w tym: morfologia krwi z rozmazem, badania funkcji nerek, wątroby; 3. badanie ogólne moczu co 3 miesiące w ciągu pierwszego roku, a następnie co 6 miesięcy lub w razie wskazań medycznych; 4. MRI bez i po podaniu kontrastu po każdych 12-tu miesiącach leczenia; 5. w przypadku podejrzenia PML badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na obecność wirusa JC, badanie rezonansu magnetycznego bez i po podaniu kontrastu; 6. Powtarzanie testu u pacjenta z ujemnym mianem przeciwciał anty- JCV co 6 miesięcy.   **6. Specjalne środki ostrożności:**   1. Stosowanie natalizumabu wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia PML – oportunistycznego zakażenia wywoływanego przez wirusa JC.   Lekarz powinien być szczególnie wyczulony na objawy sugerujące PML, których pacjent może nie dostrzegać (np. objawy zaburzenia funkcji poznawczych lub psychiczne).   1. Pacjentów należy uprzedzić, aby poinformowali o swoim leczeniu partnera lub opiekunów, gdyż mogą oni zauważyć objawy, których obecności pacjent nie jest świadomy. 2. Jeśli u pacjenta rozwinie się PML, podawanie natalizumabu trzeba przerwać na stałe. 3. W celu oszacowania ryzyka przed lub w trakcie leczenia natalizumabem, badanie na obecność przeciwciał anty-JCV może dostarczyć wspierających informacji.   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.     1. 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 należy wstrzymać dalsze podawanie leku do czasu wykluczenia PML. Lekarz powinien ocenić pacjenta i określić, 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. 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.   1. Po wykluczeniu przez lekarza PML (jeśli to konieczne, przez powtórzenie badań klinicznych, obrazowych i laboratoryjnych, gdy nadal istnieje podejrzenie kliniczne) można wznowić leczenie natalizumabem.   **7.** **Monitorowanie programu:**   1. gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2. uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3. przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |