Załącznik B.43.

LECZENIE WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B U ŚWIADCZENIOBIORCÓW PO PRZESZCZEPACH LUB U ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z CHŁONIAKAMI, LECZONYCH RYTUKSYMABEM (ICD-10 B 18, W TYM B 18.0, B 18.1, B 18.8, B 18.9; B 19 W CAŁOŚCI; C 82; C 83; Z 94)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1.1 Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy po zabiegu transplantacji narządu, u których wykrywa się przeciwciała anty-HBc total, a nie stwierdza się HBs Ag i HBV DNA. 1.2. Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy z rozpoznaniem chłoniaka, leczeni rytuksymabem, z wykrywalnymi przeciwciałami HBc total (HBs Ag ujemny, HBV DNA ujemny) i wykrywalnymi przeciwciałami HBc total (HBs Ag dodatni, HBV DNA ujemny). **2. Określenie czasu leczenia w programie** U pacjentów z rozpoznanym chłoniakiem, leczonych rytuksymabem, lamiwudyna stosowana jest przez okres leczenia rytuksymabem oraz nie dłużej niż trzy miesiące od jego zakończenia. W przypadku pacjentów po przeszczepach, terapię można stosować bez ograniczeń czasowych.	**1. Lamiwudyna** - tabletki po 100 mg - raz dziennie 1 tabletka.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie przeciwciał anty-HBc total; 2) oznaczenie antygenu HBs; 3) poziom wiremii HBV DNA; 4) morfologia krwi; 5) oznaczenie poziomu transaminaz. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Co 3 miesiące: a) oznaczenie poziomu ALAT i AspAT; 2) Co 12 miesięcy: a) oznaczenie antygenu HBs; b) poziom wiremii HBV DNA.