

**Załącznik nr 1**

**Zestawienie stawek jednostkowych dla programu *Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)*.**

Stawki jednostkowe określone poniżej dotyczą świadczeń zdrowotnych, które będą udzielane w ramach wdrażania programu **Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Do rozliczania kosztów niniejszych świadczeń zdrowotnych zdecydowano się użyć stawek jednostkowych z uwagi na dużą ilość składowych kosztu jednej usługi.

Nazwa stawki jednostkowej	Zakres świadczenia zdrowotnego	Wartość stawki jednostkowej w PLN	Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	Sposób weryfikacji wykonania usługi
<b>Usługa medyczna na etapie podstawowym kwalifikująca do programu</b>	W ramach usługi lekarz na etapie podstawowym typuje wśród pacjentów, w szczególności, ze swojej listy aktywnej, osoby które kwalifikują się do Programu, tj. osoby w wieku aktywności zawodowej <sup>1</sup> : mężczyźni i kobiety, którzy ukończyli 18 rok życia z podejrzeniem podwyższonego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, zwłaszcza nadciśnieniem tętniczym i podwyższonym poziomem LDL, u których zostanie przeprowadzony wywiad (za pomocą checklisty stanowiącej zał. 1 do Ogólnopolskiego programu profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN) służącej pogłębionej diagnozie oraz weryfikacji głównych czynników ryzyka	<b>110 zł</b>	Liczba osób w wieku aktywności zawodowej zdiagnozowanych za pomocą checklisty i wywiadu lekarskiego celem identyfikacji czynników ryzyka, zagrażających wystąpieniem chorób układu sercowo-naczyniowego – do wskaźnika wliczane	Oświadczenie <sup>2</sup> lekarza i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.

<sup>1</sup> O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia.

<sup>2</sup> W przypadku wystąpienia takiej potrzeby oświadczenie będzie zawierać również zgodę uczestnika programu na wgląd do dokumentacji medycznej w celu kontroli przez wszystkie uprawnione do kontroli podmioty.

	<p>czy wykluczeniu współwystępujących chorób). Dodatkowo, pacjent powinien wypełnić ankietę oceniającą wiedzę na temat chorób układu sercowo-naczyniowego (opracowanej przez Radę ds. Oceny Programu). Ponadto, w ramach badania przedmiotowego lekarz wykonuje następujące czynności: standardowe badanie ogólnie-internistyczne/fizykalne tj. pomiar wzrostu, masy ciała, pomiar ciśnienia, oraz obliczenie BMI, jak również dokonuje stratyfikacji globalnego ryzyka za pomocą formularza PolSCORE oraz DLCNS.</p> <p>Po wypełnieniu deklaracji uczestnictwa w Programie oraz, o ile wystąpią czynniki ryzyka, pacjent jest kierowany do kolejnego etapu.</p> <p>W przypadku braku występowania objawów lekarz na etapie podstawowym powinien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- poinformować o ryzyku wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego</li> <li>- przeprowadzić rozmowę edukacyjną dot. wystąpienia czynników ryzyka zachorowania na choroby układu sercowo-naczyniowego</li> <li>- przekazać materiały edukacyjne dot. chorób układu sercowo-naczyniowego.</li> </ul>		<p>będą osoby w wieku aktywności zawodowej tj. powyżej 18 r.ż., które zostały ocenione za pomocą checklisty przez lekarza na etapie podstawowym.</p> <p>Do wskaźnika wliczane będą wyłącznie te osoby, dla których lekarz POZ poprawnie wypełni checklistę.</p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestnika programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>	
<b>Wizyta końcowa z podsumowaniem i zaleceniami</b>	<p>W czasie wizyty kompletowana jest dokumentacja medyczna dotycząca pacjenta (kwestionariusz pacjenta, wyniki zleconych badań, opis przeprowadzonego wywiadu, wyniki w ramach aktywnej profilaktyki, tj. podsumowanie porad w zakresie diety, edukacji zdrowotnej i aktywności fizycznej). W trakcie porady końcowej przeprowadzana jest także dalsza edukacja zdrowotna i zalecenia w zakresie właściwego odżywiania i aktywności fizycznej. Dodatkowo, podmiot POZ danego pacjenta powinien stanowić dla niego swojego rodzaju punkt konsultacyjny, koordynujący i monitorujący zachowanie pacjenta po uzyskaniu przez niego wytycznych i zaleceń w ramach przeprowadzonej aktywnej profilaktyki.</p>	<b>110 zł</b>	<p>Liczba osób w wieku aktywności zawodowej, którym udzielono konsultacji z podsumowaniem i zaleceniami – do wskaźnika wliczane będą osoby w wieku aktywności zawodowej tj. powyżej 18 r.ż., którym udzielono wizyty końcowej z podsumowaniem i zaleceniami.</p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestnika programu o udzieleniu i</p>	j. w.

			otrzymaniu danego świadczenia.	
<b>Koszt aktywnej profilaktyki, tj. interwencja edukacyjna dla pacjenta</b>	<p>Realizacja aktywnej profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego w ramach programu KORDIAN będzie się odbywała poprzez profesjonalne poradnictwo personelu w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej<sup>3</sup>.</p> <p>W ramach programu, zdiagnozowanym pacjentom, oferowana będzie interwencja edukacyjna (jako forma tzw. aktywnej profilaktyki) ukierunkowana na profesjonalne poradnictwo w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej. W ramach interwencji edukacyjnej pacjentowi będzie przysługiwało 360 minut profesjonalnego poradnictwa w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej. Oferowana pacjentowi przez lekarza POZ forma interwencji edukacyjnej opiewająca łącznie do 360 minut może być podzielona w dowolny sposób na 15-minutowe porady (tj. łącznie 24 profesjonalne porady do wykorzystania w ciągu 6 miesięcy). Interwencja edukacyjna dla pacjenta pozwala również uczestniczyć w zajęciach grupowych, np. dedykowanych wyłącznie aktywności fizycznej.</p> <p>Pierwsza sesja/porada edukacyjna w ramach oferowanej interwencji powinna mieć charakter ogólny, aby pacjent zapoznał się w podstawowym zakresie ze wszystkimi zagadnieniami będącymi przedmiotem programu i odniósł maksymalną korzyść w przypadku kiedy zrezygnuje z dalszego udziału w programie, a po zapoznaniu się z wachlarzem proponowanych działań powinien on inicjować lub współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji o sposobie dalszej edukacji zdrowotnej.</p> <p>Kolejne sesje edukacyjne powinny już zostać poświęcone konkretnym zagadnieniom, czyli np. sposobom rzucania nałogu</p>	<p><b>65 zł za poradę Maksymalnie 1 560 zł dla 1 pacjenta w przypadku skorzystania z maksymalnie 24 porad.</b></p> <p>Koszt 1 porady – 65 zł, zgodnie z założeniami programu 24 porady w zakresie diety, edukacji zdrowotnej i aktywności fizycznej</p>	<p>Liczba osób w wieku aktywności zawodowej, którzy zostali włączeni do tzw. aktywnej profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego - do wskaźnika wliczane będą osoby w wieku aktywności zawodowej, którym personel udzielił świadczeń w ramach interwencji edukacyjnej, tj. poradnictwa w zakresie diety, edukacji zdrowotnej, aktywności fizycznej.</p> <p>Wskaźnik będzie mierzony wyłącznie w stosunku do pacjentów, którzy wyrazili zgodę na udział w programie oraz zostali poddani szczegółowym badaniom w ramach POZ (i/lub medycyny</p>	<p>Każdorazowo oświadczenie<sup>4</sup> osoby udzielającej danego świadczenia w ramach porady tzw. aktywnej profilaktyki i uczestnika programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia w ramach porady tzw. aktywnej profilaktyki.. Z ww. oświadczeń powinno każdorazowo wynikać, że świadczenie zostało udzielone w postaci jednej z planowanych maksymalnie 24 porad oferowanych w</p>

<sup>3</sup> Na potrzeby programu każdorazowo poprzez użycie sformułowania personel udzielający wsparcia w postaci poradnictwa w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej należy rozumieć: osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, np. lekarze, pielęgniarki, dietetycy i specjaliści do spraw żywienia, specjaliści promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, absolwenci zdrowia publicznego, fizjoterapeuci, psycholodzy, absolwenci technologii żywności i żywienia człowieka itp, zgodnie z Polską Klasyfikacją Zawodów i Specjalności.

<sup>4</sup> W przypadku wystąpienia takiej potrzeby oświadczenie będzie zawierać również zgodę uczestnika programu na wgląd do dokumentacji medycznej w celu kontroli przez wszystkie uprawnione do kontroli podmioty.

	<p>palenia tytoniu (tzw. porada antynikotynowa), i mogą być prowadzone przez tego samego edukatora, jak również specjalisty w dziedzinie, która jest podstawą skutecznej interwencji edukacyjnej.</p> <p>Szczegóły dotyczące formy, sposobu przyznawania, funkcjonowania oraz realizacji interwencji edukacyjnej zostaną doprecyzowane na etapie realizacji programu przez Radę ds. Oceny Programu. Wprowadzenie ww. formy interwencji edukacyjnej ma charakter innowacyjny, testujący i jest elementem szeroko propagowanego w krajach skandynawskich podejścia oddolnego tzw. „bottom up”. Innymi słowy, powyższe podejście charakteryzuje się motywowaniem samych ludzi (np. oferowane narzędzie w postaci interwencji edukacyjnej) do realizacji pewnych działań na rzecz ich zdrowia.</p>		<p>pracy) oraz włączeni do aktywnej profilaktyki. Rozliczenie nastąpi na podstawie każdorazowego oświadczenia osoby udzielającej danego świadczenia w ramach porady tzw. aktywnej profilaktyki i uczestnika programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia w ramach porady tzw. aktywnej profilaktyki. Do weryfikacji posłuży indywidualna karta porad dla pacjenta prowadzona przez personel świadczący poradnictwa w ramach interwencji edukacyjnej.</p>	<p>ramach interwencji edukacyjnej.</p> <p>W celu zachowania należytego sposobu weryfikacji oraz ewidencji porad oferowanych w ramach tzw. aktywnej profilaktyki będzie prowadzona przez personel udzielający świadczeń w ramach tzw. aktywnej profilaktyki indywidualna karta porad dla pacjenta.</p>
<b>Badanie EKG w stanie spoczynku</b>	Wykonanie badania EKG (elektrokardiograficznego) w stanie spoczynku.	<b>30,50 zł</b>	<p>Liczba osób, którym wykonano badanie EKG w stanie spoczynku w ramach programu profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka</p>	<p>Oświadczenie<sup>5</sup> lekarza i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.</p>

<sup>5</sup> W przypadku wystąpienia takiej potrzeby oświadczenie będzie zawierać również zgodę uczestnika programu na wgląd do dokumentacji medycznej w celu kontroli przez wszystkie uprawnione do kontroli podmioty.

			<p>sercowo-naczyniowego (KORDIAN).</p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestnika programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>	
<b>Badanie lipidogramu</b>	Wykonanie badania lipidogramu, na które składa się: cholesterol całkowity, LDL, HDL oraz trójglicerydy).	<b>25 zł</b>	<p>Liczba osób, którym wykonano badanie lipidogramu w ramach programu profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN).</p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestnika programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>	j.w.
<b>Pomiar glukozy</b>	Wykonanie badania laboratoryjnego w zakresie pomiaru glikemii (pomiar stężenia glukozy we krwi).	<b>4,5 zł</b>	<p>Liczba osób, którym wykonano pomiaru glikemii w ramach programu profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN).</p>	j.w.

			Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestnika programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.	
<b>Obliczenie wartości GFR wg MDRD<sup>6</sup></b>	<p>Wartość GFR oblicza się ze specjalnych wzorów, gdzie najważniejszym parametrem jest stężenie kreatyniny w surowicy krwi. Obecnie powszechnie stosuje się tzw. wzór MDRD, w którym poza stężeniem kreatyniny uwzględnia się wiek, płeć oraz rasę pacjenta.</p> <p>Wykonanie badanie laboratoryjnego w zakresie określenia poziomu Kreatyniny w surowicy krwi.</p>	<b>6,8 zł</b>	<p>Liczba osób, którym określono wartość GFR wg MDRD na podstawie stężenia kreatyniny w surowicy krwi w ramach programu profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN).</p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestnika programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>	j.w.
<b>Porada specjalistyczna/kardio logiczna w ramach AOS</b>	<p>Świadczenie medyczne wykonywane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej u:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacjentów, u których stwierdzono niepokojące wyniki badań w ramach etapu podstawowego (POZ) lub co do których istnieje potrzeba skonsultowania stanu zdrowia/wyników badań ze specjalistą – lekarzem kardiologiem.</li> </ul> <p>Jeżeli w trakcie realizacji programu pojawi się konieczność przeprowadzenia specjalistycznej porady kardiologicznej lub hospitalizacji w oddziale kardiologii, to powinna być ona</p>	<b>136 zł</b>	<p>Liczba osób, które zostały przebadane w ośrodku specjalistycznym w ramach programu profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi</p>	j.w.

<sup>6</sup> Wartość GFR oblicza się ze specjalnych wzorów, gdzie najważniejszym parametrem jest stężenie kreatyniny w surowicy krwi. Obecnie powszechnie stosuje się tzw. wzór MDRD, w którym poza stężeniem kreatyniny uwzględnia się wiek, płeć oraz rasę pacjenta.

	<p>bezzwłocznie zapewniona w ośrodkach współpracujących z biorącymi udział w realizacji programu jednostkami POZ. W szczególności należy zwrócić uwagę na sytuacje, kiedy konieczność zapewnienia takich świadczeń wynika z przeprowadzonej edukacji, która umożliwia zidentyfikowanie pacjentowi ignorowanych przez niego objawów jako symptomów choroby serca, pacjentów którzy w opinii lekarzy POZ i specjalistów od aktywności ruchowej wymagają kwalifikacji kardiologicznej, opartej na próbie wysiłkowej, do programu zwiększenia aktywności ruchowej, wreszcie pacjentów u których objawy pojawiły się właśnie z powodu podjęcia takiej wzmożonej aktywności.</p> <p>Świadczenie oferowane pacjentowi na podstawie skierowania od lekarza POZ.</p>		<p>czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN).</p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestnika programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>	
<p><b>Diagnostyka genetyczna techniką NGS – badanie probanta</b></p>	<p>Diagnostyka hipercholesterolemii rodzinnej, łącznie z diagnostyką genetyczną techniką NGS - badanie probanta z hipercholesterolemią rodzinną (FH)<sup>7</sup> w wysokospecjalistycznym ośrodku kardiologicznym (zgodnie z założeniami programu diagnostyka obejmuje: screening, diagnostykę biochemiczną, diagnostykę genetyczną techniką NGS, diagnostykę obrazową IMT, wizytę kontrolną (po 6-10 tygodniach po 1 wizycie) z badaniem biochemicznym (badanie lipidowe, CPK, ALaT) oraz koszty lekarza i pielęgniarki).</p> <p>* Screening, tj. wstępna kwalifikacja, obejmuje wykonanie pełnego lipidogramu (cholesterol całkowity, LDL-cholesterol-metodą biochemiczną, HDL-cholesterol, trójglicerydy) oraz zebranie wywiadu rodzinnego (przedwczesne epizody sercowo-naczyniowe u pacjenta lub krewnych). Pacjenci z wysokim poziomem LDL-cholesterolu (&gt;190mg/dl) na podstawie wywiadu, badania fizykalnego oraz rozszerzonego panelu badań dodatkowych oceniani są pod kątem wtórnych przyczyn hipercholesterolemii (hipotyreoza, cukrzyca, zespół nerczycowy, zespół Cushinga, choroby wątroby, przyjmowanie leków</p>	<p><b>2 882 zł</b></p>	<p>Liczba osób w wieku aktywności zawodowej, którzy zostali objęci diagnostyką genetyczną techniką NGS - do wskaźnika wliczane będą osoby w wieku aktywności zawodowej, którym udzielono świadczeń w ramach diagnostyki hipercholesterolemii rodzinnej, łącznie z diagnostyką genetyczną techniką NGS.</p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestnika programu o udzieleniu i</p>	<p>j.w.</p>

<sup>7</sup> Analiza sekwencji kodującej genów LDLR, PCSK9, APOE oraz fragmentu eksonu 26 genu APOB (minimalny analizowany fragment: NM\_000384.2: c.10200-c.11100) umożliwiającą detekcję wariantów punktowych. Dodatkowo analiza genu LDLR umożliwiającą detekcję dużych rearanzacji (materiał do badań: krew obwodowa).

	<p>powodujących wzrost stężenia cholesterolu). Badania te są niezbędne dla wykluczenia z kosztownego badania genetycznego pacjentów, u których przyczyną hipercholesterolemii wynika z innych schorzeń (wymienione powyżej są najczęstsze). Pacjenci, u których wykluczono wtórne przyczyny hipercholesterolemii poddawani są ocenie przy pomocy zaadaptowanego do warunków polskich kwestionariusza The Dutch Lipid Clinic Network-WHO i Simon Broome Register. Pacjenci z podejrzeniem FH (<math>\geq 3</math> pkt. ww. skali) kierowani są do ośrodka wysokospecjalistycznego, gdzie kwalifikowani są do diagnostyki genetycznej. Podczas wizyty wdrożone zostaje także leczenie hipolipemizujące.</p> <p>Diagnostyka biochemiczna obejmuje badania krwi oraz badanie ogólne moczu, aby wykluczyć wtórne przyczyny hipercholesterolemii (poziom TSH, glukozy, kreatyniny, białka CRP, ALT, AST, badanie ogólne moczu) oraz badania niezbędne do włączenia leków obniżających poziom cholesterolu (ALT, CK). Dodatkowo oznaczane będzie stężenie lipoproteiny a, będącej uznanym czynnikiem rozwoju miażdżycy.</p> <p>Diagnostyka obrazowa IMT obejmuje ultrasonograficzne badanie grubości kompleksu intima-media (IMT) w tętnicy szyjnej. Grubość tego kompleksu jest ważnym markerem subklinicznej miażdżycy i niezależnym czynnikiem predykcyjnym chorób sercowo-naczyniowych. Pozwala ocenić stopień zaawansowania miażdżycy nawet u pacjentów bez objawów klinicznych.</p> <p>Kolejna wizyta (kontrolna) obejmuje badanie biochemiczne (kontrolny pełny lipidogram czyli cholesterol całkowity, LDL-cholesterol-metodą biochemiczną, HDL-cholesterol, trójglicerydy) oraz ALT i CK) w celu oceny skuteczności oraz tolerancji wdrożonego leczenia.</p>		otrzymaniu danego świadczenia.	
<b>Diagnostyka kaskadowa krewnych pacjenta z FH-</b>	Diagnostyka kaskadowa krewnych pacjenta (probanda) z FH <sup>8</sup> , tj. zgodnie z wykrytym wariantem genetycznym, sekwencjonowanie techniką Sangera* - (zgodnie z założeniami programu diagnostyka obejmuje: diagnostykę genetyczną –	<b>1 423 zł</b>	Liczba osób w wieku aktywności zawodowej (krewnych pacjenta z FH), którzy zostali objęci	j.w.

<sup>8</sup> Analiza kosegregacji w kierunku wariantu wykrytego u probanda (materiał do badań: krew obwodowa).



<b>sekwencjonowanie techniką Sangera</b>	<p>sekwencjonowanie techniką Sangera, badanie biochemiczne dla krewnych z dodatnim wynikiem genetycznym, badanie biochemiczne dla krewnych z ujemnym wynikiem genetycznym, wizytę kontrolną (6-10 tygodni po 1 wizycie) z badaniem biochemicznym, diagnostykę obrazową IMT oraz koszty lekarza i pielęgniarki.</p> <p>Skrining kaskadowy rodzin, polegający na identyfikacji choroby u probanta poprzez badanie molekularne i lipidogramu, a następnie wykonywaniu analizy DNA i lipidogramu u kolejnych krewnych, kaskadowo, z pokolenia na pokolenie jest bardzo efektywną metodą diagnostyki. Istnieje wiele dowodów, iż diagnostyka kaskadowa jest optymalnym kosztowo i organizacyjnie sposobem na skuteczne minimalizowanie szkód społecznych wywołanych przez progresję miażdżycy u pacjentów dotkniętych chorobą. Organizacja prac związanych z wdrażaniem diagnostyki w skali populacyjnej, koordynowanie diagnostyki kaskadowej oraz ocena efektywności leczenia wymaga usystematyzowanego gromadzenia i analizowania danych klinicznych i genetycznych. Wszystkie te działania powinny być prowadzone w wysokospecjalistycznym ośrodku kardiologicznym o dużym wolumenie pacjentów, gwarantującym wysoki poziom doświadczenia personelu medycznego, prowadzącym badania naukowe i dysponujące nowoczesną bazą usługowo-kliniczną, obejmującą wszystkie istotne metody terapeutyczne stosowane w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych.</p> <p>* Screening, tj. wstępna kwalifikacja, obejmuje wykonanie pełnego lipidogramu (cholesterol całkowity, LDL-cholesterol-metodą biochemiczną, HDL-cholesterol, trójglicerydy) oraz zebranie wywiadu rodzinnego (przedwczesne epizody sercowo-naczyniowe u pacjenta lub krewnych). Pacjenci z wysokim poziomem LDL-cholesterolu (&gt;190mg/dl) na podstawie wywiadu, badania fizykalnego oraz rozszerzonego panelu badań dodatkowych oceniani są pod kątem wtórnych przyczyn hipercholesterolemii (hipotyreoza, cukrzyca, zespół nerczycowy, zespół Cushinga, choroby wątroby, przyjmowanie leków powodujących wzrost stężenia cholesterolu). Badania te są</p>		<p>diagnostyką kaskadową -sekwencjonowanie techniką Sangera - do wskaźnika wliczane będą osoby w wieku aktywności zawodowej (krewni pacjenta z FH), którym udzielono świadczeń w ramach diagnostyki kaskadowej, tj. zgodnie z wykrytym wariantem genetycznym, sekwencjonowanie techniką Sangera*</p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestnika programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>	
--	---	--	---	--

	<p>niezbędne dla wykluczenia z kosztownego badania genetycznego pacjentów, u których przyczyną hipercholesterolemii wynika z innych schorzeń (wymienione powyżej są najczęstsze). Pacjenci, u których wykluczono wtórne przyczyny hipercholesterolemii poddawani są ocenie przy pomocy zaadaptowanego do warunków polskich kwestionariusza The Dutch Lipid Clinic Network-WHO i Simon Broome Register. Pacjenci z podejrzeniem FH (<math>\geq 3</math> pkt. ww. skali) kierowani są do ośrodka wysokospecjalistycznego, gdzie kwalifikowani są do diagnostyki genetycznej. Podczas wizyty wdrożone zostaje także leczenie hipolipemizujące.</p> <p>Diagnostyka biochemiczna obejmuje badania krwi oraz badanie ogólne moczu, aby wykluczyć wtórne przyczyny hipercholesterolemii (poziom TSH, glukozy, kreatyniny, białka CRP, ALT, AST, badanie ogólne moczu) oraz badania niezbędne do włączenia leków obniżających poziom cholesterolu (ALT, CK). Dodatkowo oznaczane będzie stężenie lipoproteiny a, będącej uznanym czynnikiem rozwoju miażdżycy.</p> <p>Diagnostyka obrazowa IMT obejmuje ultrasonograficzne badanie grubości kompleksu intima-media (IMT) w tętnicy szyjnej. Grubość tego kompleksu jest ważnym markerem subklinicznej miażdżycy i niezależnym czynnikiem predykcyjnym chorób sercowo-naczyniowych. Pozwala ocenić stopień zaawansowania miażdżycy nawet u pacjentów bez objawów klinicznych.</p> <p>Kolejna wizyta (kontrolna) obejmuje badanie biochemiczne (kontrolny pełny lipidogram czyli cholesterol całkowity, LDL-cholesterol-metodą biochemiczną, HDL-cholesterol, trójglicerydy) oraz ALT i CK) w celu oceny skuteczności oraz tolerancji wdrożonego leczenia.</p>			
--	--	--	--	--