
FARMACJA

REGIONU PÓŁNOCNO-WSCHODNIEGO

BIULETUN INFORMACYJNY
OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ
W BIAŁYMSTOKU



Na okładce: Dlaczego warto się zaszczepić przeciwko COVID-19?
Szczepionki są najbardziej skuteczną metodą chroniącą przed zarażeniem różnymi chorobami. Ludzkość z powodzeniem korzysta z tej zdobyczy cywilizacji od kilkuset lat.

Farmacja Regionu Północno-Wschodniego
Biuletyn Informacyjny Izby Aptekarskiej w Białymstoku

Komitet Redakcyjny:

Dorota Bielonko, Agnieszka Kita,
Jarosław Mateuszuk (redaktor prowadzący),
Elżbieta Rutkowska, Tomasz Sawicki, Michał Tomczyk.

Wydawca:

Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku

15-435 Białystok, ul. Ludwika Zamenhofa 27

tel./fax 085-732-52-75, tel. 085-740-60-72

www.oiab.com.pl e-mail: biuro@oiab.com.pl

Przygotowanie do druku: Elżbieta Jarmoc - Biuro OIA Białystok

Nr konta bankowego: 16 1020 1332 0000 1102 0232 6403

Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Białymstoku

15-110 Białystok, ul. Kombatantów 4

tel.085-66-23-726, 085-66-23-736, e-mail:

wif.bialystok@wp.pl

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), zwane powszechnie RODO informujemy, że: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest

- Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku, ul. Zamenhofa 27; 15-435 Białystok
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji przepisów prawa.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania.

Podanie danych osobowych zawartych w Biuletynie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku jest dobrowolne.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam umieszczonych w biuletynie.

Poezje w nr 1/107 Biuletynu

W niniejszym numerze Biuletynu po raz kolejny prezentujemy wiersze **mgr farm. Haliny Wnorowskiej**. Pochodzą one z tomiku „Dwa brzegi”, wydanego w Łomży w roku 2020.

Serdecznie zachęcamy wszystkich Państwa do prezentacji swoich talentów na łamach naszego periodyku.

Red.

Halina Wnorowska
Rozmowy z kwiatami

Kwiaty lubią rozmowy.
Ich szczerłość
podzielona na płatki i pręciki.
Materia delikatna,
nie przytłacza, nie rani.

Nawet, gdy mają kłopoty,
Nawet, gdy drżą z emocji,
Zmiękczejają słowa zapachem.
Uczmy się od kwiatów
Subtelności w przekazie.



SPIS TREŚCI

Poezje w nr 1/2021 Biuletynu.....	1
Spis treści.....	3
Słowo od Prezesa.....	4
Najistotniejsze przepisy wprowadzone ustawa o zawodzie farmaceuty.....	6
Kalendarium prac OIA za I kwartał 2021 r.	30
Z prac Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku	
Sprawozdanie z działalności ORA za I kwartał 2021 r.....	36
Komunikat Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku.....	38
Medycyna dla Farmaceutów	
Omówienie zaleceń diagnostyki terapii zakażeń SARS-COV-2 – <i>mgr farm. J. A. Mateuszuk</i>	40
Rozpoznanie, kontrola i cele terapeutyczne w cukrzycy – <i>mgr farm. J. A. Mateuszuk</i>	47
Praktyczne zastosowanie metod pomiaru glikemii w trybie CGM – <i>mgr farm. J. A. Mateuszuk</i>	52
Varia	
Przegląd prac magisterskich z zakresu historii farmacji – <i>dr E. Rutkowska</i>	56
Apteka „Pod Złotym Lwem” na tle krótkiej historii aptekarstwa poznańskiego – <i>dr E. Rutkowska</i>	59

Słowo od Prezesa

Koleżanki i Koledzy,

pierwsze cztery miesiące 2021 roku to okres dalszych, potrzebnych i długo oczekiwanych zmian w zawodzie farmaceuty. 16 kwietnia 2021 r. weszła w życie, długo oczekiwana Ustawa o Zawodzie Farmaceuty.

Ustawa, która uregulowała kwestię uzyskiwania prawa wykonywania zawodu farmaceuty, wykonywania zawodu farmaceuty jak też ustawicznego rozwoju zawodowego farmaceutów. Zwiększeniu uległ zakres czynności zawodowych, jakie farmaceuta będzie mógł wykonać w aptece. Ponadto doprecyzowano definicję opieki farmaceutycznej jako świadczenia zdrowotnego, co stanowi ważny krok do uzyskania, w przyszłości, refundacji z NFZ za jej prowadzenie. Poszerzeniu uległ także katalog usług farmaceutycznych – poza dotychczasowym wydawaniem i sporządzaniem produktów leczniczych otrzymaliśmy m.in. możliwość przeprowadzania wywiadu farmaceutycznego, wykonywanie pomiaru ciśnienia krwi, prowadzenia działań edukacyjnych i profilaktycznych, jak też udzielania porad. Zmianie uległ także zakres obowiązków kierownika apteki, który to uległ rozszerzeniu. Wprowadzono także, długo oczekiwaną, samodzielność farmaceuty przy wykonywaniu czynności fachowych. Wreszcie dookreśleniu uległ katalog zadań i czynności które stanowią wykonywanie zawodu farmaceuty, nie pozostawiając wątpliwości która czynność stanowi wykonywanie zawodu farmaceuty, zaś która nie. Taką czynnością jest m.in. prowadzenie działalności dydaktycznej w uczelniach na kierunku farmacja oraz prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych w dyscyplinie naukowej – nauki farmaceutyczne, dlatego też zwracam się z gorącym apelem do środowiska naukowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i zatrudnionych tam farmaceutów o dostosowanie się do zasad i obowiązków, które wprowadziła Ustawa o Zawodzie Farmaceuty. Zachęcam także do zapoznania się z opracowaniem zmian w przepisach wprowadzonych przez UoZF. Jest ono dostępne na stronie internetowej Izby pod adresem <http://oiab.com.pl/userfiles/file/aktualnosc/Zmiany%20w%20przepisach%20po%2016%20kwietnia%202021.pdf> oraz w dalszej części biuletynu.

Pandemia dowiodła jak ważną funkcję, w całym systemie ochrony zdrowia, zajmują farmaceuci. To właśnie farmaceuci, pomimo wielu trudności w funkcjonowaniu aptek, wypełnili pewną lukę systemową, która pojawiła się

podczas jej trwania, cały czas zajmując się i opiekując swoimi pacjentami. Niestety takie argumenty nie przemawiają do przedstawicieli części władz samorządowych podczas ustalania harmonogramów dyżurów aptek na swoim terenie. Informowanie samorządów o braku zapotrzebowania ludności na dostęp do usług farmaceutycznych świadczonych przez apteki ogólnodostępne w porze nocnej, w tym częste dokumentowanie tego prawdziwymi danymi pochodzącymi z aptek z okresu pełnienia dyżurów, wraz z propozycją pełnienia dyżurów w godzinach kiedy to zapotrzebowanie faktycznie występuje nie spotyka się ze zrozumieniem i akceptacją z ich strony. Wręcz przeciwnie – prowadzi to do medialnych ataków na farmaceutów (wystarczy przypomnieć „artykuł” o puszczaniu piany z ust dziecka jak też innych, publikowanych na stronach internetowych), czy też kierowaniu wniosków o kontrolę aptek do Podlaskiego WIF. To wszystko stanowi „podziękowanie”, ze strony części samorządów za pomoc i pozostanie, przez farmaceutów, przy pacjencie przez cały okres pandemii (także w okresie kiedy to POZ-ty świadczyły usługi teleporady, zaś Urzędy były zamknięte lub pracowały zdalnie). Zastanawiający jest też fakt, iż część samorządów potrafi podejść do tematu dyżurów aptek ze zrozumieniem i empatią, wraz z podziękowaniem farmaceutom za ich ciężką pracę, dostosowując pory pełnienia dyżurów do realnych potrzeb ludności i możliwości personelu aptek. Druga zaś część władz samorządowych gotowa jest zrobić wszystko aby Ci, „niepokorni” farmaceuci zostali ze wszech miar ukarani. Warto jednak pamiętać, iż w jednym i drugim przypadku decydują o tym ludzie...

15 lutego 2021 r. zostało podpisane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19. Powyższe rozporządzenie umożliwiło farmaceutom, po odbyciu części teoretycznej i praktycznej szkolenia wraz z uzyskaniem stosownego certyfikatu, wykonywanie szczepień przeciwko COVID-19 (w okresie trwania pandemii). W międzyczasie, w dniu 9 kwietnia 2021 r. zostało opublikowane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19. Zgodnie z tym rozporządzeniem m.in. farmaceuci po odpowiednim przeszkoleniu mogą przeprowadzać kwalifikację do szczepienia przeciw COVID-19 oraz wykonać samo szczepienie. Poszerzenie katalogu świadczonych usług oraz własnych kompetencji, w powyższym zakresie, spotkało się z dużym zainteresowaniem i ciepłym przyjęciem ze strony farmaceutów, także członków naszej Izby. Przeszkolonych (lub w trakcie szkoleń) jest już ponad 220 farmaceutów, zaś

liczba ta stale rośnie. Wszystkim farmaceutom, którzy uzyskali nowe kompetencje serdecznie gratuluję – to ważny krok w podnoszeniu roli farmaceuty w całym systemie ochrony zdrowia.



W ostatnich dniach Ministerstwo Zdrowia uruchomiło aplikację #SzczepimyRazem, skierowaną m.in. do osób uprawnionych do kwalifikowania na szczepienie przeciw COVID-19 oraz osób uprawnionych do wykonywania szczepień przeciw COVID-19. Dzięki aplikacji osoby uprawnione do

kwalifikowania na szczepienie/uprawnione do wykonywania szczepień mają możliwość wskazania terminów, w których mogą podjąć współpracę z punktami szczepień. Aplikacja dostępna jest pod adresem <https://szczepimyrazem.mz.gov.pl/>. Powyższy link oraz sam komunikat Ministerstwa Zdrowia znajduje się także na stronie internetowej naszej Izby.

W przypadku jakichkolwiek pytań pozostaję do dyspozycji wraz z członkami Okręgowej Rady Aptekarskiej oraz pracownikami Biura Izby.

Zachęcam do odwiedzania strony internetowej naszej Izby (www.oiab.com.pl), gdzie publikowane są wszystkie najnowsze i najważniejsze informacje.

Pozdrawiam serdecznie
Tomasz Sawicki
Prezes ORA w Białymstoku

**Najistotniejsze przepisy dotyczące farmaceutów, wprowadzone ustawą
z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2021r. Poz. 97)
[wyciąg z ustawy]**

Przepisy te wchodzą w życie z dniem 16 kwietnia 2021 roku, za wyjątkiem przepisu o możliwości wystawiania przez farmaceutów recept kontynuowanych, który wejdzie w życie dopiero 16 stycznia 2022 roku.

[Wykonywanie zawodu farmaceuty]

Art. 4. 1. Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia publicznego i polega na:

- 1) sprawowaniu opieki farmaceutycznej, o której mowa w ust. 2;
- 2) udzielaniu usług farmaceutycznych, o których mowa w ust. 3;
- 3) wykonywaniu zadań zawodowych, o których mowa w ust. 4;
- 4) wykonywaniu czynności, o których mowa w ust. 5.

2. **Opieka farmaceutyczna** to świadczenie zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), udzielane przez farmaceutę i stanowiące dokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii, obejmujące:

- 1) prowadzenie konsultacji farmaceutycznych – w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta w związku ze stosowaniem produktów leczniczych, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- 2) wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta – w celu wykrywania i rozwiązywania problemów lekowych oraz zapewnienia bezpieczeństwa w procesie farmakoterapii;
- 3) opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta – w celu określenia celów terapeutycznych możliwych do osiągnięcia przez pacjenta stosującego farmakoterapię oraz wskazania sposobów rozwiązywania wykrytych problemów lekowych, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i zdrowego trybu życia oraz profilaktyki zdrowotnej;

- 4) wykonywanie badań diagnostycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 7 – w celu oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowanej przez pacjenta farmakoterapii oraz analizy problemów lekowych występujących u pacjenta, oraz proponowania metod i badań diagnostycznych;
- 5) wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

3. Usługi farmaceutyczne obejmują:

- 1) wydawanie z apteki lub punktu aptecznego produktów leczniczych w rozumieniu art. 2 pkt 32 ustawy – Prawo farmaceutyczne i wyrobów medycznych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 38 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 186 i 1493), wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 39 tej ustawy, wyposażenia wyrobów medycznych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 33 tej ustawy, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 34 tej ustawy, aktywnych wyrobów medycznych do implantacji w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 1 tej ustawy oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w rozumieniu art. 3 ust. 3 pkt 43 ustawy z 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2020 r. poz. 2021), połączone z udzielaniem informacji i porad dotyczących działania i stosowania oraz przechowywania tych produktów, środków, wyrobów lub wyposażenia;
- 2) sporządzanie produktów leczniczych połączone z oceną ich jakości, w tym trwałości;
- 3) przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego;
- 4) udzielanie porady farmaceutycznej w celu zapewnienia prawidłowego stosowania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w szczególności w zakresie wydania właściwego produktu leczniczego wydawanego bez przepisu lekarza, przekazania informacji dotyczących właściwego stosowania, w tym dawkowania i możliwych interakcji z innymi produktami leczniczymi lub pożywieniem, wydawanego produktu, wyrobu lub środka oraz prawidłowego używania wyrobów medycznych;
- 5) czynności wykonywane w aptece szpitalnej lub zakładowej w zakresie:
 - a) sporządzania pozajelitowych leków recepturowych i aptecznych, w tym preparatów do żywienia pozajelitowego,
 - b) sporządzania preparatów do żywienia dojelitowego,

- c) przygotowywania leków w dawkach indywidualnych, w tym antybiotyków pozajelitowych, leków cytostatycznych oraz produktów leczniczych terapii zaawansowanej – wyjątków szpitalnych,
 - d) sporządzania produktów leczniczych radiofarmaceutycznych,
 - e) przygotowywania roztworów do hemodializy i dializy dootrzewnowej – oraz monitorowanie warunków sporządzania lub przygotowywania takich leków lub preparatów;
- 6) wykonywanie pomiaru ciśnienia krwi;
- 7) usługi farmacji klinicznej.

4. Zadania zawodowe farmaceuty obejmują:

- 1) udział w racjonalizacji farmakoterapii, w tym udział w pracach komitetu terapeutycznego oraz innych zespołów powołanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą;
- 2) uczestniczenie w badaniach klinicznych, w tym w badaniach prowadzonych w szpitalu jako członek zespołu badawczego;
- 3) przyjmowanie do hurtowni farmaceutycznej produktów, wyrobów lub środków, o których mowa w ust. 3 pkt 1, od uprawnionych podmiotów, wydawanie ich uprawnionym podmiotom z hurtowni farmaceutycznej, sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem w hurtowni farmaceutycznej wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej, o której mowa w art. 2 pkt 4 ustawy – Prawo farmaceutyczne;
- 4) kierowanie apteką, punktem aptecznym, działem farmacji szpitalnej, zespołem farmacji klinicznej lub hurtownią farmaceutyczną;
- 5) sprawowanie nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi oraz wyrobami medycznymi w podmiocie wykonującym działalność leczniczą;
- 6) zarządzanie produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w oddziale szpitalnym;
- 7) organizowanie w podmiotach leczniczych zaopatrzenia w produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne obejmujące:
 - a) materiały opatrunkowe,
 - b) jednorazowe jałowe i niejłowe wyroby medyczne do implantacji wraz z jednorazowym jałowym i niejłowym oprzyrządowaniem do ich implantacji,

- c) jednorazowe jałowe wyroby medyczne do przygotowania i podawania produktów leczniczych, preparatów krwiopochodnych oraz płynów dializacyjnych
- połączone z uczestnictwem w prowadzonej w tych podmiotach gospodarce tymi materiałami i wyrobami;
- 8) nadzór nad czynnościami wykonywanymi w aptece przez studenta kierunku farmacja albo przez technika farmaceutycznego w zakresie czynności, których technik nie może wykonywać samodzielnie;
 - 9) nadzór nad przyjmowaniem, przechowywaniem i wydawaniem produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
 - 10) monitorowanie warunków zapewniających jakość i bezpieczeństwo stosowania znajdujących się w obrocie produktów lub wyrobów, o których mowa w ust. 3 pkt 1, oraz ich zabezpieczanie w procedurach wycofywania i wstrzymywania określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 121 ust. 5 ustawy – Prawo farmaceutyczne;
 - 11) sprawowanie nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem stosowania produktów leczniczych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub użytkowania wyrobów medycznych, w tym nadzoru nad rezerwami strategicznymi oraz zapasami medycznymi gromadzonymi w celu zabezpieczenia potrzeb mobilizacyjnych i wojennych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 12) uczestnictwo w wytwarzaniu i badaniu produktów leczniczych, w tym pełnienie funkcji Osoby Wykwalifikowanej w rozumieniu art. 2 pkt 21c ustawy – Prawo farmaceutyczne lub Osoby Kompetentnej w rozumieniu art. 2 pkt 21a tej ustawy;
 - 13) zgłaszanie właściwym organom działań niepożądanych produktów leczniczych, incydentów medycznych, niepożądanych odczynów poszczepiennych, ciężkich działań niepożądanych produktów kosmetycznych oraz podejrzenia lub stwierdzenia zatrucia produktem biobójczym;
 - 14) prowadzenie działalności profilaktycznej, edukacyjnej oraz działalności na rzecz promocji zdrowia;
 - 15) przeprowadzanie analiz farmakoekonomicznych;
 - 16) prowadzenie terapii monitorowanej stężeniami leków;
 - 17) prowadzenie przez farmaceutę apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej lub jako współnik

spółki jawnej lub wspólnik (partner) spółki partnerskiej, której przedmiotem działalności jest prowadzenie aptek.

5. Wykonywanie zawodu farmaceuty obejmuje także:

- 1) **prowadzenie działalności dydaktycznej** w uczelniach prowadzących studia na kierunku farmacja oraz badań naukowych i prac rozwojowych w dyscyplinie naukowej – nauki farmaceutyczne;
- 2) **zatrudnienie w Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej**, w ramach którego wykonuje się czynności nadzoru określone w art. 108 ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne;
- 3) **zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z obrotem i wydawaniem produktów, środków lub wyrobów, o których mowa w ust. 3 pkt 1;
- 4) zatrudnienie w jednostkach podległych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub przez niego nadzorowanych – na stanowisku związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty;
- 5) zatrudnienie, w ramach którego są wykonywane czynności związane z dopuszczaniem lub wprowadzaniem do obrotu lub użytkowania produktów lub wyrobów, o których mowa w ust. 3 pkt 1, ich refundacją, taryfikacją lub kontrolą obrotu nimi oraz związane z realizacją polityki lekowej;
- 6) zatrudnienie lub pełnienie służby wojskowej w urzędzie obsługującym Ministra Obrony Narodowej, w jednostkach organizacyjnych jemu podległych lub przez niego nadzorowanych, w ramach których wykonuje się czynności nadzoru określone w art. 118 ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne na stanowiskach wymagających posiadania tytułu zawodowego farmaceuty;
- 7) pełnienie funkcji z wyboru w samorządzie zawodu farmaceuty;
- 8) zatrudnienie lub pełnienie służby w urzędzie obsługującym Ministra Sprawiedliwości lub w jednostkach organizacyjnych jemu podległych lub przez niego nadzorowanych, na stanowiskach wymagających posiadania tytułu zawodowego farmaceuty, w ramach których wykonuje się czynności nadzoru nad wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi.

[Prawo wykonywania zawodu farmaceuty]

Art.13.1. Prawo wykonywania zawodu farmaceuty w odniesieniu do osoby, która posiada kwalifikacje, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1–3, przyznaje w drodze uchwały okręgowa rada aptekarska właściwa ze względu na zamierzone miejsce wykonywania zawodu farmaceuty, a w odniesieniu do osoby, która posiada kwalifikacje, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 4–7 i ust. 4 – NRA, w przypadku gdy osoba ta:

- 1) posiada kwalifikacje określone w art. 5;
- 2) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 3) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu farmaceuty, potwierdzony orzeczeniem lekarskim;
- 4) wykazuje nienaganną postawę etyczną i swym dotychczasowym zachowaniem daje rękojmię prawidłowego wykonywania zawodu farmaceuty oraz przestrzegania zasad etyki i deontologii opracowanych przez Krajowy Zjazd Aptekarzy na podstawie art. 37 pkt 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich;
- 5) nie była prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 6) posiada znajomość języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu farmaceuty;
- 7) korzysta z pełni praw publicznych.

Art. 15. 1. W celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty osoba, która posiada kwalifikacje, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1–3, przedstawia:

- 1) dokumenty potwierdzające posiadanie tych kwalifikacji;
- 2) orzeczenie lekarskie potwierdzające posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu farmaceuty;
- 3) dokument potwierdzający znajomość języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu farmaceuty, z uwzględnieniem art. 13 ust. 2;
- 4) oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych;
- 5) oświadczenie o korzystaniu z pełni praw publicznych;
- 6) oświadczenie, że nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego oraz umyślne przestępstwo skarbowe.

2. W celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty osoba, która posiada kwalifikacje, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 4–7 oraz ust. 4, przedstawia:

- 1) dokumenty zawierające następujące informacje: imię (imiona) i nazwisko, obywatelstwo (obywatelstwa), adres do korespondencji, datę i miejsce urodzenia, posiadane przez nią kwalifikacje oraz informacje odnoszące się do wykonywania zawodu farmaceuty;
- 2) dokumenty potwierdzające posiadanie tych kwalifikacji;
- 3) oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych;
- 4) orzeczenie lekarskie potwierdzające posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu farmaceuty;
- 5) dokument potwierdzający znajomość języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu farmaceuty, z uwzględnieniem art. 13 ust. 2;
- 6) oświadczenie o korzystaniu z pełni praw publicznych;
- 7) oświadczenie, że nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego oraz umyślne przestępstwo skarbowe.

Art. 16.1. Farmaceuta, w stosunku do którego podjęta została uchwała przez NRA albo okręgową radę aptekarską o przyznaniu prawa wykonywania zawodu farmaceuty, składa ślubowanie w języku polskim.

2. Okręgowa rada aptekarska właściwa ze względu na zamierzone miejsce wykonywania zawodu farmaceuty, a w przypadku obywatela państwa członkowskiego – NRA, informuje farmaceutę o terminie ślubowania. Ślubowanie odbywa się bez zbędnej zwłoki.

3. Ślubowanie składane przez farmaceutę w brzmieniu: „Ślubuję uroczyście w swej pracy farmaceuty sumiennie, gorliwie i z należytą starannością wykonywać swoje obowiązki, mając zawsze na uwadze dobro pacjenta, wymogi etyki zawodowej i obowiązujące prawo, a także zachować tajemnicę zawodową, zaś w postępowaniu swoim kierować się zasadami godności, uczciwości i słuszności.” odbiera prezes właściwej okręgowej rady aptekarskiej albo Prezes NRA. W przypadku nieobecności prezesa właściwej okręgowej rady aptekarskiej albo Prezesa NRA ślubowanie odbiera wskazany wiceprezes okręgowej rady aptekarskiej albo wiceprezes NRA.

Art. 17. 1. Okręgowa rada aptekarska, a w przypadku obywatela państwa członkowskiego innego niż obywatel polski – NRA, niezwłocznie po złożeniu ślubowania, o którym mowa w art. 16, wydaje farmaceucie dokument „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”.

Art. 18.1. Przyznanie prawa wykonywania zawodu farmaceuty albo odmowa przyznania tego prawa jest dokonywana w formie uchwały przez NRA albo okręgową radę aptekarską niezwłocznie, nie później jednak niż **w terminie 3 miesięcy**, licząc od dnia złożenia wszystkich wymaganych dokumentów, o których mowa w art. 15.

Art.20.1. Osoba, która posiada prawo wykonywania zawodu farmaceuty, ma prawo posługiwać się tytułem zawodowym „farmaceuta”.

[Utrata prawa wykonywania zawodu]

Art.21.1. Farmaceuta traci prawo wykonywania zawodu farmaceuty w przypadku:

- 1) pozbawienia prawa wykonywania zawodu farmaceuty;
- 2) ubezwłasnowolnienia całkowitego lub częściowego;
- 3) złożenia przez farmaceutę oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu farmaceuty;
- 4) prawomocnego skazania za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 5) pozbawienia praw publicznych.

2. Utratę prawa wykonywania zawodu farmaceuty potwierdza uchwałą właściwa okręgowa rada aptekarska albo NRA.

Art.23. Farmaceuta, który utracił prawo wykonywania zawodu, może ponownie złożyć wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu, jeżeli spełnia wymagania, o których mowa w art. 5 ust. 1, i jeżeli nie zaistniała przesłanka, o której mowa w art. 51 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich.

[Zasady wykonywania zawodu farmaceuty]

Art.25. Zawód farmaceuty może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu farmaceuty, która złożyła ślubowanie i jest wpisana

do rejestru farmaceutów, o którym mowa w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich.

Art.26. Osoby wykonujące zawód farmaceuty są zrzeszone w samorządzie zawodu farmaceuty. **Przynależność do samorządu zawodu farmaceuty jest obowiązkowa dla farmaceutów wykonujących zawód farmaceuty.**

Art. 27. Farmaceuta ma obowiązek wykonywać zawód z należytą starannością, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy farmaceutycznej i medycznej, dostępnymi mu metodami oraz zgodnie z zasadami etyki i deontologii zawodowej.

Art.28. Farmaceuta ma obowiązek udzielać, na podstawie dostępnej wiedzy oraz informacji uzyskanych od pacjenta, pełnej i przystępnej informacji w ramach wykonywanej opieki farmaceutycznej oraz usługi farmaceutycznej, a w szczególności informować o produktach leczniczych i wyrobach medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych oraz o ich działaniu, stosowaniu, środkach ostrożności i ewentualnych interakcjach, a także o zasadach ich przechowywania i utylizacji.

Art.29. Farmaceuta nie może prowadzić reklamy produktów leczniczych skierowanej do wiadomości publicznej ani w niej uczestniczyć.

Art. 30.1. Farmaceuta wykonujący zawód w aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej jest aptekarzem.

2. Aptekarz nie może jednocześnie wykonywać zawodu lekarza, lekarza dentystry, felczera, starszego felczera, lekarza weterynarii, pielęgniarki lub położnej.

Art. 31. W przypadku bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta aptekarz może podać produkt leczniczy, z wyłączeniem produktów leczniczych zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe oraz prekursorów kategorii 1, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050).

Art.32. 1. Farmaceuta może świadczyć usługę farmacji klinicznej pod warunkiem:

1) posiadania tytułu specjalisty w dziedzinie farmacji klinicznej, farmacji szpitalnej lub farmakologii albo

2) odbywania stażu specjalizacyjnego w dziedzinie farmacji klinicznej, farmacji szpitalnej lub farmakologii pod opieką specjalisty w tej dziedzinie.

2. Farmaceuta w ramach sprawowanej usługi farmacji klinicznej prowadzi także kartę indywidualnej opieki farmaceuty dla każdej z usług farmaceutycznych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 4, świadczonej przez aptekę szpitalną.

Art. 33. Farmaceuta jest obowiązany zgłosić działanie niepożądane produktu leczniczego zgodnie z art. 36d ustawy – Prawo farmaceutyczne, incydent medyczny zgodnie z art. 74 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych lub niepożądany odczyn poszczepienny zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 i 2112).

Art. 34. Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, o których mowa w art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849), podlega ograniczeniu w zakresie, w jakim jest to niezbędne do prawidłowego odbycia praktyk zawodowych pod nadzorem farmaceuty.

Art. 35. 1. Aptekarz samodzielnie podejmuje decyzje w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych oraz wykonywania zadań zawodowych, kierując się wyłącznie dobrem pacjenta i nie jest związany w tym zakresie poleceniem służbowym.

2. Podmiot prowadzący aptekę, punkt apteczny lub dział farmacji szpitalnej ma obowiązek umożliwić aptekarzowi samodzielne podejmowanie decyzji w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych lub wykonywania zadań zawodowych w zakresie, w jakim są one związane z prowadzoną przez ten podmiot działalnością.

Art. 36.1. Zawód farmaceuty wykonuje się:

- 1) w ramach stosunku pracy w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy;
- 2) na podstawie umowy cywilnoprawnej zgodnie z ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1740);
- 3) w ramach wolontariatu zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2020 r. poz. 1057);

- 4) w formie jednoosobowej działalności gospodarczej zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r. poz. 1292 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 424 i 1086);
- 5) jako wspólnik spółki jawnej lub wspólnik (partner) spółki partnerskiej, której przedmiotem działalności jest prowadzenie apteki zgodnie z ustawą z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1526);
- 6) w ramach stosunku służbowego zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 860 i 2112) lub ustawą z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2020 r. poz. 848, 1610 i 2112).

2. Farmaceuta jest obowiązany niezwłocznie informować okręgową izbę aptekarską, której jest członkiem, o podjęciu lub zakończeniu wykonywania zawodu na obszarze jej właściwości.

3. Farmaceuta przed rozpoczęciem wykonywania czynności zawodowych farmaceuty obowiązany jest przedłożyć podmiotowi, na rzecz którego wykonuje te zadania, dokument „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”.

Art. 37. 1. Farmaceuta, który nie wykonuje zawodu jako aptekarz przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierza podjąć jego wykonywanie jako aptekarz, ma obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę aptekarską i odbyć **przeszkolenie uzupełniające trwające nie dłużej niż 2miesiące**.

2. Nie stanowi przerwy w wykonywaniu zawodu farmaceuty jako aptekarza:

- 1) pełnienie funkcji na podstawie wyboru w organach izb aptekarskich;
- 2) praca w charakterze nauczyciela akademickiego prowadzącego zajęcia dotyczące wykonywania zawodu farmaceuty w uczelni prowadzącej studia na kierunku farmacja;
- 3) praca w Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej na stanowisku związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty;
- 4) praca w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach której wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad wykonywaniem czynności zawodowych farmaceuty;

- 5) zatrudnienie w jednostkach podległych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub przez niego nadzorowanych na stanowisku związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty;
- 6) wykonywanie usług farmacji klinicznej w podmiotach leczniczych w zakresie czynności zawodowych farmaceutów;
- 7) praca lub służba w urzędzie obsługującym Ministra Sprawiedliwości lub w jednostkach organizacyjnych przez niego utworzonych lub nadzorowanych na stanowisku związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty;
- 8) zatrudnienie lub pełnienie służby wojskowej w urzędzie obsługującym Ministra Obrony Narodowej, w jednostkach organizacyjnych jemu podległych lub przez niego nadzorowanych na stanowiskach wymagających posiadania tytułu zawodowego farmaceuty;
- 9) praca w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na stanowisku związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty.

3. Szczegółowe warunki odbywania przeszkolenia uzupełniającego określa umowa zawarta przez farmaceutę z podmiotem prowadzącym przeszkolenie uzupełniające, wskazanym przez okręgową radę aptekarską, której członkiem jest farmaceuta, lub wskazanym przez farmaceutę i zaakceptowaną przez okręgową radę aptekarską, której jest on członkiem.

4. Podmiot prowadzący przeszkolenie uzupełniające przekazuje niezwłocznie informacje o jego zakończeniu właściwej okręgowej izbie aptekarskiej. Okręgowa izba aptekarska zatwierdza ukończenie przeszkolenia uzupełniającego, a w przypadku stwierdzenia, że przeszkolenie uzupełniające nie zostało zrealizowane zgodnie z warunkami określonymi w umowie, o której mowa w ust. 3, odmawia jego zatwierdzenia, w terminie 14 dni od otrzymania informacji o jego zakończeniu.

5. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do farmaceuty będącego obywatelem państwa członkowskiego, który posiada dyplom lub inne dokumenty poświadczające formalne kwalifikacje wymienione w wykazie, o którym mowa w art. 5 ust. 2, i dotychczas nie uzyskał prawa wykonywania zawodu farmaceuty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

**Ustawa o zawodzie farmaceuty wprowadziła zmiany w ustawie z dnia
19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich**

W ustawie o izbach aptekarskich dodano art.7a i 8f

[Wpis do rejestru farmaceutów]

„Art. 7a. 1. Farmaceuta podlega obowiązkowi wpisu do rejestru farmaceutów prowadzonego przez okręgową radę aptekarską, która przyznała prawo wykonywania zawodu farmaceuty.

2. Jeżeli farmaceuta wykonuje zawód na terenie innej izby niż izba, której rada przyznała prawo wykonywania zawodu, podlega obowiązkowi wpisu do rejestru farmaceutów prowadzonego przez radę okręgowej izby aptekarskiej, na terenie której farmaceuta wykonuje zawód.

3. Farmaceuta wykonujący zawód na terenie więcej niż jednej okręgowej izby aptekarskiej podlega obowiązkowi wpisu do rejestru farmaceutów prowadzonego przez wskazaną przez niego radę okręgowej izby aptekarskiej, na terenie której wykonuje zawód.

4. Kierownik apteki, punktu aptecznego, działu farmacji szpitalnej oraz farmaceuta sprawujący funkcję, o której mowa w art. 2 pkt 21a–21c ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, podlega wpisowi do rejestru farmaceutów prowadzonego przez radę okręgowej izby aptekarskiej, na terenie której jest kierownikiem lub sprawuje funkcję.

5. Farmaceuta, który po przyznaniu prawa wykonywania zawodu farmaceuty nie podejmuje zatrudnienia jako aptekarz, podlega obowiązkowi wpisu do rejestru farmaceutów prowadzonego przez okręgową radę aptekarską, która podjęła uchwałę o przyznaniu tego prawa.

6. Farmaceuta, który przestaje wykonywać zawód farmaceuty, pozostaje wpisany w rejestrze farmaceutów, do którego był ostatnio wpisany.

7. Farmaceuta, który przestaje wykonywać zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z przeniesieniem do innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, pozostaje wpisany w rejestrze farmaceutów, do którego był ostatnio wpisany, chyba że przedstawi oświadczenie, że w czasie wykonywania zawodu farmaceuty w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej podlegać będzie

nadzorowi sprawowanemu przez właściwą organizację lub instytucję zawodową.

○ **Właściwa okręgowa rada aptekarska podejmuje uchwałę o dokonaniu wpisu niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku o wpis.”;**

[Skreślenie z rejestru farmaceutów]

Art. 8f. 1. Skreślenie z rejestru farmaceutów prowadzonego przez okręgową radę aptekarską następuje wskutek:

- 1) śmierci;
- 2) utraty prawa wykonywania zawodu farmaceuty w przypadkach określonych w art. 21 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r.o zawodzie farmaceuty;
- 3) ustania przesłanek uzasadniających wpis do danego rejestru farmaceutów określonych w art. 7a, w szczególności przeniesienia się farmaceuty na teren innej okręgowej izby aptekarskiej;
- 4) wykonywania przez aptekarza zawodu lekarza, lekarza dentystry, felczera, starszego felczera, lekarza weterynarii, pielęgniarki lub położnej;
- 5) nieopłacenia składek członkowskich przez okres dłuższy niż 24 miesiące.

• W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 4 i 5, okręgowa rada aptekarska podejmuje uchwałę, od której przysługuje odwołanie do Naczelnej Rady Aptekarskiej, która podejmuje w tej sprawie uchwałę.”;

Ustawa o zawodzie farmaceuty dokonała też zmian w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944, 1493 i 2112) wprowadzono zmiany min. :

w art. 86:

[Apteki]

a) ust. 2 otrzymał brzmienie:

„2. Nazwa apteka zastrzeżona jest wyłącznie dla miejsca sprawowania opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. poz.

...), świadczenia usług farmaceutycznych, o których mowa w art. 4 ust. 3 tej ustawy, i wykonywania zadań zawodowych, o których mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1, 2, 4–10 i 13–16 tej ustawy.”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a i 2b w brzmieniu:

„2a. Usługi farmaceutyczne, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 5 i 7 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, oraz zadania zawodowe, o których mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1, 2, 5–7, 15 i 16 tej ustawy, mogą być świadczone tylko w aptece szpitalnej, aptece zakładowej lub dziale farmacji szpitalnej utworzonym zamiast tych aptek.

2b. W aptekach ogólnodostępnych mogą być świadczone inne usługi związane z ochroną zdrowia, obejmujące:

- 1) monitorowanie procesu leczenia farmakologicznego stałych pacjentów apteki;
- 2) doradztwo w samolecznictwie farmakologicznym pacjentów w oparciu o produkty wydawane bez recepty.”,

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. W aptekach szpitalnych, zakładowych oraz działach farmacji szpitalnej:

- 1) jest prowadzona ewidencja badanych produktów leczniczych oraz produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie darowizny;
- 2) są ustalane procedury wydawania produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych.”;

Dodano art. 87a w brzmieniu:

[Minimalne normy zatrudnienia]

„Art. 87a. 1. **Zapewnia się minimalną normę zatrudnienia w:**

1) aptece szpitalnej:

- a) równoważnik co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin kierownika tej apteki,
- b) równoważnik co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin co najmniej jednego farmaceuty na każde rozpoczęte 100 łóżek lub stanowisk dializacyjnych zgłoszonych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym

mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zakładu leczniczego zaopatrywanego przez tę aptekę;

- 2) dziale farmacji szpitalnej – równoważnik co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin co najmniej jednego farmaceuty na każde rozpoczęte 50 łóżek lub stanowisk dializacyjnych zgłoszonych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zakładu leczniczego zaopatrywanego przez ten dział.

2. W przypadku jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, o której mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, liczba, o której mowa w ust. 1, wynosi odpowiednio 100 albo 50 stanowisk do poboru krwi.”;

w art. 88 dotyczącym kierowników aptek :

- a)ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W aptece ogólnodostępnej musi być ustanowiony farmaceuta odpowiedzialny za jej prowadzenie, zwany dalej „kierownikiem apteki”.”,

- b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a–1d w brzmieniu:

„1a. Farmaceuta nie może łączyć funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej, punktu aptecznego, działu farmacji szpitalnej, apteki szpitalnej z funkcją, o której mowa w art. 2 pkt 21a–21c.

1b. Farmaceuta nie może być kierownikiem więcej niż jednej apteki, o której mowa w ust. 1a.

1c. Farmaceuta może być równocześnie kierownikiem apteki i działu farmacji szpitalnej albo dwóch działów farmacji szpitalnej po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, a w przypadku podmiotów nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej – Naczelnego Inspektora Farmaceutycznego Wojska Polskiego, który uwzględni wymiar zatrudnienia farmaceuty w tych jednostkach, zakres wykonywanych usług farmaceutycznych oraz godziny czynności każdej z nich.

1d. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny udziela zgody, o której mowa w ust. 1c, w drodze decyzji.”,

c) ust. 2 art.88 otrzymał brzmienie:

„2. Kierownikiem apteki ogólnodostępnej może być farmaceuta, który spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej, klinicznej lub farmakologii oraz co najmniej dwuletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy, albo posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w aptece ogólnodostępnej w pełnym wymiarze czasu pracy;
- 2) wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego;
- 3) wypełnia obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty;
- 4) daje rękojmię należytego prowadzenia apteki.”,

d) po ust. 2a dodaje się ust. 2b–2h w brzmieniu:

„2b. **Zmiana kierownika apteki** wymaga złożenia przez podmiot prowadzący aptekę wniosku do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, nie później niż 30 dni przed planowaną zmianą, a jeżeli zmiana kierownika apteki jest spowodowana zdarzeniem, na które apteka nie miała wpływu – niezwłocznie po zaistnieniu tego zdarzenia.

2c. Wniosek, o którym mowa w ust. 2b, może być załatwiony milcząco.

2d. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny może wnieść w drodze decyzji sprzeciw, w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku, jeżeli osoba ubiegająca się o funkcję kierownika apteki nie spełnia warunków, o których mowa w ust. 2.

2e. Jeżeli zmiana kierownika apteki jest spowodowana zdarzeniem, na które apteka nie miała wpływu, osoba ubiegająca się o funkcję kierownika apteki może objąć tę funkcję z dniem złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 2b. W przypadku wniesienia sprzeciwu przez wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, o którym mowa w ust. 2d, osoba ubiegająca się o funkcję kierownika apteki przestaje pełnić tę funkcję z dniem następującym po dniu, w którym decyzja, od której wniesiono sprzeciw, stała się ostateczna.

2f. Wniosek, o którym mowa w ust. 2b, zawiera:

- 1) datę planowanej zmiany kierownika apteki;
- 2) adres apteki;
- 3) nazwę apteki, jeżeli dotyczy;
- 4) dane kandydata na kierownika apteki, o których mowa w art. 100 ust. 2 pkt 5;

- 5) dane osoby, która zakończyła pełnienie funkcji kierownika apteki;
- 6) przyczynę zmiany kierownika apteki.

2g. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny, niezwłocznie po otrzymaniu wniosku o którym mowa w ust. 2b, zwraca się do właściwej miejscowo rady okręgowej izby aptekarskiej, której farmaceuta jest członkiem, o wydanie w terminie 14 dni opinii dotyczącej spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika apteki. Brak wydania opinii w powyższym terminie przez radę okręgowej izby aptekarskiej uznaje się za brak przeciwwskazań do pełnienia funkcji kierownika apteki.

2h. W postępowaniu o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej ust. 2g stosuje się odpowiednio.”,

e) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Do zadań kierownika apteki ogólnodostępnej należy osobiste kierowanie apteką, obejmujące:

- 1) wskazywanie podmiotowi prowadzącemu aptekę potrzeb albo zastrzeżeń w zakresie:
 - a) asortymentu apteki, zakupu produktów leczniczych oraz tworzenia zapasów, przechowywania i wydawania tych produktów,
 - b) zatrudniania personelu fachowego w aptece,
 - c) zawierania i modyfikowania umów, o których mowa w art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
- 2) zapewnienie prawidłowego wykonywania procedur obowiązujących w aptece;
- 3) nadzór nad bieżącą działalnością apteki, w szczególności nad:
 - a) przyjmowaniem, wydawaniem, przechowywaniem i identyfikacją produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
 - b) sporządzaniem leków recepturowych i leków aptecznych,
 - c) udzielaniem informacji o produktach leczniczych;
- 4) nadzór nad pracownikami oraz innym personelem zatrudnionym w aptece, w tym:
 - a) nadzór nad czynnościami, w tym fachowymi, wykonywanymi przez personel apteki,

- b) wskazywanie podmiotowi prowadzącemu aptekę odpowiedniej liczby fachowego personelu, w zależności od skali oraz zakresu działalności apteki,
 - c) zatwierdzanie struktury organizacyjnej apteki w formie schematu organizacyjnego,
 - d) opiniowanie pisemnych opisów stanowisk określających role i obowiązki personelu, a także zasady ich zastępowania,
 - e) nadzór nad studentami odbywającymi praktyki zawodowe oraz osobami odbywającymi praktyki techników farmaceutycznych,
 - f) prowadzenie ewidencji zatrudnionych w aptecę farmaceutów i techników farmaceutycznych,
 - g) monitorowanie realizacji i dokumentowania szkoleń personelu zatrudnionego w aptecę,
 - h) przekazywanie okręgowym izbom aptekarskim danych niezbędnych do prowadzenia rejestru farmaceutów, o którym mowa w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich;
- 5) wyłączne reprezentowanie apteki wobec podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych w zakresie zadań realizowanych na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
- 6) nadzór nad prawidłowym dokumentowaniem obrotu detalicznego produktami leczniczymi;
- 7) zapewnianie wykonywania decyzji w zakresie wstrzymania lub wycofania z obrotu i stosowania produktów leczniczych po uzyskaniu decyzji właściwego organu;
- 8) weryfikowanie uprawnień dostawców, odbiorców, zleceniobiorców i zleceniodawców do wykonywanych czynności;
- 9) weryfikowanie, czy nabywane produkty lecznicze pochodzą wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej;

- 10) wydawanie produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego zgodnie z art. 96;
- 11) weryfikowanie, czy nabywane środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, w stosunku do których wydano decyzje o objęciu refundacją, pochodzą wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej;
- 12) zapewnienie w regularnych odstępach czasu, nie rzadziej niż raz na rok, przeprowadzania kontroli wewnętrznych według ustalonego programu i zapewnienie wprowadzania odpowiednich środków naprawczych i zapobiegawczych;
- 13) dokumentowanie przekazywania zadań personelowi apteki;
- 14) zapewnianie wykonywania decyzji w zakresie zniszczenia produktów leczniczych po uzyskaniu decyzji właściwego organu;
- 15) przekazywanie Prezesowi Urzędu informacji o niepożądanym działaniu produktu leczniczego lub incydencie medycznym;
- 16) przekazywanie właściwemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu informacji o niepożądanym odczynie poszczepiennym;
- 17) przekazywanie organom Inspekcji Farmaceutycznej informacji o podejrzeniu lub stwierdzeniu, że dany produkt leczniczy nie odpowiada ustalonym dla niego wymaganiom jakościowym.”;

7) w art. 93:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Do kierownika apteki szpitalnej stosuje się odpowiednio przepisy art. 88 ust. 2b–2f, 4 i 5.”;

b) dodaje się ust. 3 i 4 w brzmieniu:

„3. **Kierownikiem apteki szpitalnej lub zakładowej może być farmaceuta, który spełnia łącznie następujące warunki:**

1) posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu w aptece szpitalnej lub zakładowej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy;

2) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji szpitalnej, farmacji klinicznej lub farmacji aptecznej;

3) daje rękojmię należytego pełnienia funkcji kierownika apteki;

- 4) wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego;
- 5) wypełnia obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty.

4. Kierownikiem działu farmacji szpitalnej może być farmaceuta, który posiada co najmniej roczne doświadczenie w wykonywaniu zawodu w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy oraz spełnia warunki, o których mowa w ust. 3 pkt 3–5.”;

w art. 96 dodano ust. 3A [**dotyczący kontynuacji terapii , który wchodzi w życie 16 stycznia 2022 roku.**] w brzmieniu:

„3a. W celu kontynuacji terapii produktem leczniczym, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobem medycznym przepisany przez lekarza na receptę, zwanej dalej „receptą kontynuowaną”, farmaceuta może w ramach sprawowania opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, wystawić receptę na produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne, do której stosuje się następujące zasady:

- 1) jest wystawiana na podstawie zapisanego w SIM zlecenia lekarza dotyczącego kontynuacji terapii produktem leczniczym, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobem medycznym przepisany na receptę kontynuowanej;
- 2) jest wystawiana na produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyroby medyczne przepisane na receptę kontynuowanej;
- 3) jest wystawiana w terminie określonym przez lekarza wystawiającego receptę kontynuowaną, nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty wystawienia tej recepty;
- 4) łączna ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego nie może przekroczyć ilości niezbędnej pacjentowi do 360-dniowego okresu stosowania wyliczonego na podstawie sposobu dawkowania określonego na receptę kontynuowanej, przy czym ilość produktu leczniczego na

- jednej recepty nie może przekraczać ilości niezbędnej do stosowania w okresie określonym przez lekarza;
- 5) jest wystawiana po wykonaniu przez farmaceutę badania diagnostycznego, pomiaru ciśnienia krwi lub innej czynności w ramach sprawowania opieki farmaceutycznej – jeżeli lekarz wystawiający receptę kontynuowaną zleci ich wykonanie;
 - 6) jest wystawiana w postaci elektronicznej;
 - 7) może być wystawiona na produkty lecznicze o kategorii dostępności Rp lub Rpz;
 - 8) zawiera dane, o których mowa w art. 96a ust. 1 pkt 1–4, pkt 5 lit. a oraz pkt 6, a w przypadku recepty, na której co najmniej jeden z przepisanych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, dla którego wydano decyzję o objęciu refundacją w rozumieniu art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, ma być wydany za odpłatnością, o której mowa w art. 6 ust. 2 tej ustawy – dodatkowo dane, o których mowa w art. 96a ust. 8pkt 1a, 1b i 3–10;
 - 9) wskazuje się na niej odpłatność określoną przez lekarza na recepty kontynuowanej, chyba że farmaceuta wystawiający receptę powziął wiedzę o konieczności zmiany odpłatności.”;
- c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

[Odmowa wykonania usługi i wydania produktu]

„5. Farmaceuta i technik farmaceutyczny mogą odmówić:

- 1) wykonania każdej usługi farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, jeżeli jej wykonanie może zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta lub innych osób;
- 2) wydania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli:
 - a) powziął uzasadnione podejrzenie, że:
 - produkt leczniczy, wyrób medyczny lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia

- żywnościowego, który ma zostać wydany w ramach usługi farmaceutycznej, może być zastosowany w celu pozamedycznym,
- recepta lub zapotrzebowanie, które mają być podstawą wydania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, nie są autentyczne,
 - b) zachodzi konieczność dokonania zmian składu leku recepturowego na receptę, do których farmaceuta albo technik farmaceutyczny nie posiada uprawnień, i nie ma możliwości porozumienia się z osobą uprawnioną do wystawiania recept,
 - c) od dnia sporządzenia produktu leczniczego upłynęło co najmniej 6 dni – w przypadku leku recepturowego sporządzonego na podstawie recepty lub etykiety aptecznej,
 - d) osoba, która przedstawiła receptę do realizacji, nie ukończyła 13. roku życia,
 - e) zachodzi uzasadnione podejrzenie co do wieku osoby, dla której została wystawiona recepta.”;

dodano art. 99b w brzmieniu:

[Obowiązek podmiotu prowadzącego aptekę]

„Art. 99b. 1. **Podmiot prowadzący aptekę jest obowiązany zapewnić wykonywanie czynności w aptece przez farmaceutów i techników farmaceutycznych w liczbie odpowiadającej zakresowi działalności oraz dniom i godzinom pracy apteki oraz udokumentować realizację tego obowiązku.**

2. Jeżeli podmiot prowadzący aptekę narusza obowiązek, o którym mowa w ust.1, kierownik apteki skraca godziny pracy apteki odpowiednio do liczby farmaceutów i techników farmaceutycznych wykonujących czynności w aptece.

3. Kierownik apteki niezwłocznie informuje podmiot prowadzący aptekę o skróceniu godzin pracy apteki, o którym mowa w ust. 2.”;

w art. 103 **[Cofnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej]** w ust. 2 dodano pkt10 w brzmieniu:

- „10) podmiot prowadzący aptekę nie wykonuje obowiązku, o którym mowa w art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.”;

Radca Prawny OIA
w Białymstoku
Elżbieta Nowak

Halina Wnorowska
Aksamitna cisza

Wieczór dom zanurzył
w aksamitną ciszę,
fotel na biegunach
słucha i kołysze.

Książka – przyjaciółka
wyobraźnię wiedzie,
gdzie puszczańskie szlaki,
świstaki, niedźwiedzie.

Nocna ćma bezpieczna
w lampy krynolinie,
zwiewa stary kocur,
śpi iskra w kominie.

A ja trwam wtulona
w aksamitną ciszę,
fotel na biegunach
kołysze... kołysze...

Kalendarium prac OIA w Białymstoku

I kwartał 2021r.

18.01.2021 r.

Udział Prezesa ORA w spotkaniu Prezesów Okręgowych Izb Aptekarskich w Polsce (telekonferencja).

27.01.2021 r.

Udział Prezesa ORA w posiedzeniu Warmińsko-Mazurskiego Wojewódzkiego Zespołu Zarządzania Kryzysowego (telekonferencja).

Udział Prezesa ORA oraz Wiceprezesa (członka NRA) – mgr farm. Jarosława Adama Mateuszuka w posiedzeniu Naczelnej Rady Aptekarskiej (telekonferencja).

Posiedzenie Prezydium ORA w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie), telekonferencja.

29.01.2021 r.

Udział Prezesa ORA w posiedzeniu Rady Programowej kierunku Farmacja na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.

02.02.2021 r.

Udział Prezesa ORA w posiedzeniu zespołu ds. Aptek przy Naczelnej Izbie Aptekarskiej (telekonferencja).

10.02.2021 r.

Udział Prezesa ORA w posiedzeniu Warmińsko-Mazurskiego Wojewódzkiego Zespołu Zarządzania Kryzysowego (telekonferencja).

16.02.2021 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie), telekonferencja.

22.02.2021 r.

Udział Prezesa ORA w posiedzeniu zespołu ds. wdrożenia recepty transgranicznej przy CSIOZ (telekonferencja).

24.02.2021 r.

Udział Prezesa ORA w posiedzeniu Warmińsko-Mazurskiego Wojewódzkiego Zespołu Zarządzania Kryzysowego (telekonferencja).

08.03.2021 r.

Udział Prezesa ORA w posiedzeniu zespołu ds. wdrożenia recepty transgranicznej przy CSIOZ (telekonferencja).

16.03.2021 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie), telekonferencja.

23.03.2021 r.

Udział Prezesa ORA oraz Wiceprezesa (członka NRA) – mgr farm. Jarosława Adama Mateuszuka w posiedzeniu Naczelnej Rady Aptekarskiej (telekonferencja).

Udział Prezesa ORA w posiedzeniu Rady Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku (telekonferencja).

W minionym okresie Prezes w imieniu ORA w Białymstoku opiniował i udzielał informacji na wniosek Naczelnej Izby Aptekarskiej w następujących projektach:

1. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników;
2. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju;
3. Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów w sprawie informacji przekazywanych koordynatorowi systemu uznawania kwalifikacji zawodowych w zawodach regulowanych i działalnościach regulowanych w Rzeczypospolitej Polskiej przez właściwe organy;
4. Projektu Ministra Finansów w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o rachunkowości oraz niektórych innych ustaw;
5. Konsultacji RMŚP w sprawie Projektu Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniającej dyrektywy 2006/43/WE, 2009/65/WE, 2009/138/WE, 2011/61/UE, 2013/36/UE, 2014/65/UE, (UE) 2015/2366 i (UE) 2016/2341;
6. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego;
7. Zarządzeniu Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe;
8. Ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw;
9. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi;
10. Zarządzeniu Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii;

11. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
12. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
13. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
14. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach;
15. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie nadania statutu Biuru do spraw Substancji Chemicznych;
16. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego;
17. Uchwały Rady do spraw Zdrowia Publicznego dotyczący wyrażenia opinii na temat projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025;
18. Rozporządzeniu Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii;
19. Rozporządzeniu Ministra Edukacji i Nauki zmieniającego rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego;
20. Ustawy Ministra Finansów o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług oraz niektórych innych ustaw;
21. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej;
22. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych;

23. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rezerwy szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii;
24. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej;
25. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego;
26. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie Dobrej Praktyki Laboratoryjnej i wykonywania badań zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki Laboratoryjnej;
27. Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie nadania statusu uzdrowiska sołectwom Latoszyn i Podgrodzie położonym na obszarze gminy Dębica;
28. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie dotyczące specjalizacji lekarskich niezbędnych do wykonywania orzecznictwa w zakresie chorób zawodowych;
29. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób;
30. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;
31. Uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla Chorób Rzadkich;
32. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych;
33. Ustawy o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw;
34. Rozporządzeniu Ministra Finansów zmieniającego rozporządzenie w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących;
35. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów;
36. Rozporządzeniu RMŚP w sprawie realizacji publicznej usługi hybrydowej w obrocie krajowym;

37. Poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
38. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie Farmaceutycznego Egzaminu Weryfikacyjnego (FEW);
39. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zasad i trybu postępowania konkursowego przy wyłanianiu kandydata na stanowisko wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego;
40. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych oraz kryteriów klasyfikacji tych produktów do tych wykazów;
41. Poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej;
42. Rozporządzeniu Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych zawartych w deklaracjach podatkowych i w ewidencji w zakresie podatku od towarów i usług;
43. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
44. Ustawy o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
45. Rozporządzeniu Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych;
46. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych;
47. Ustawy o fundacji rodzinnej Ministerstwa Rozwoju, Pracy i Technologii;
48. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
49. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”;
50. Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków,

- środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
51. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie;
 52. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie grzybów dopuszczonych do obrotu lub produkcji przetworów grzybowych, środków spożywczych zawierających grzyby oraz uprawnień klasyfikatora grzybów i grzyboznawcy;
 53. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego;
 54. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego;
 55. Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2022;
 56. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego;
 57. Ustawy o chorobach zawodowych wywołanych COVID-19 u osób wykonujących zawody medyczne;
 58. Poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw;
 59. Ustawy o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi;
 60. Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy - Prawo farmaceutyczne;
 61. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept.

W imieniu ORA w Białymstoku

Mgr farm. Tomasz Sawicki - Prezes

Z prac Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 27.01.2021r.

W zdalnym posiedzeniu Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło sześćcioro jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenia osobom ubiegającym się o pełnienie funkcji kierowników aptek ogólnodostępnych oraz hurtowni farmaceutycznej:

- apteka ogólnodostępna mieszcząca się w Grajewie przy ul. Konstytucji 3-go Maja
- apteka ogólnodostępna mieszcząca się w Wiźnie przy Placu Raginisa
- hurtownia farmaceutyczna mieszcząca się w Olsztynie przy ul. Pstrowskiego

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku przedłużyło trzem osobom okres szkoleń ciągłych.

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej - 16.02.2021r.

W zdalnym posiedzeniu Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło trzynaścioro jej członków.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku wydała zaświadczenia osobom ubiegającym się o pełnienie funkcji kierowników aptek ogólnodostępnych:

- apteka ogólnodostępna mieszcząca się w Białymstoku przy ul. Pułaskiego
- apteka ogólnodostępna mieszcząca się w Węgorzewie przy ul. Sienkiewicza

Rezygnacja z pełnienia funkcji kierownika hurtowni w Olsztynie przy ul. Pstrowskiego 35

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła uchwałę ws. likwidacji kasy gotówkowej oraz instalacji terminala do przyjmowania wpłat bezgotówkowych.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku rozpatrzyła pismo członka Izby ws. składek członkowskich.

Prezes ORA – mgr Tomasz Sawicki przedstawił informację dotyczącą uchwały NRA ws. wysokości składki miesięcznej odprowadzanej przez Izby od 1 stycznia 2021r. tj. 8,90 zł za osobę.

Prezes ORA poinformował o zmianie osoby prowadzącej rachunkowość Izby.

Prezes ORA – mgr Tomasz Sawicki poinformował Radę o wysokości opłat za zdalny Zjazd Delegatów. Rada podjęła decyzję o odłożeniu Zjazdu do czasu aż sytuacja epidemiologiczna ulegnie poprawie.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej - 16.03.2021r.

W zdalnym posiedzeniu Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło piętnaścioro jej członków.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku wydała zaświadczenia osobie ubiegającej się o pełnienie funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Białymstoku przy ul. Przejazd.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła uchwałę dotyczącą przyjęcia bilansu Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku za rok 2020.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła uchwałę dotyczącą przyjęcia preliminarza kosztów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku na rok 2021.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła uchwałę dotyczącą przyjęcia polityki rachunkowej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła uchwałę dotyczącą upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku do działania w imieniu Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła uchwałę dotyczącą zwolnienia z odbywania przeszkolenia uzupełniającego członka OIA w Białymstoku.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku zaakceptowała pismo skierowane do Rektora UMB oraz Dziekana Wydziału Farmaceutycznego UMB ws. przynależności pracowników naukowych do Izby Aptekarskiej.

Prezes ORA - mgr farm. Tomasz Sawicki poinformował o kontynuacji ubezpieczenia dla członków OIA w Białymstoku. Przedstawił również informację o zapisach na szkolenie ze szczepienia p. COVID-19.

Sekretarze
ORA w Białymstoku VIII karencji
mgr farm. Agnieszka Kita
dr Joanna Mikita

**Członkowie
Okręgowej Izby Aptekarskiej
w Białymstoku**

KOMUNIKAT

Uprzejmie informujemy, że 16 kwietnia 2021 roku wchodzi w życie Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2021 poz. 97). Nowelizuje ona zapis w ustawie o izbach aptekarskich dotyczący sytuacji, w której farmaceuta posiadający Prawo Wykonywania Zawodu może być skreślony z rejestru farmaceutów.

Art. 82. Zmienia brzmienie art. 8 f ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, który określa, kiedy można skreślić farmaceutów z rejestru prowadzonego przez okręgową radę aptekarską. Taki przypadek następuje wskutek nieopłacenia składek członkowskich przez okres dłuższy niż 24 miesiące. (art. 8f ust.1 pkt. 5).

Art. 25. Ustawy o zawodzie farmaceuty uzależnia wykonywanie zawodu od wpisu do rejestru farmaceutów, który prowadzi okręgowa rada aptekarska (**Art. 25. Zawód farmaceuty może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu farmaceuty, która złożyła ślubowanie i jest wpisana do rejestru farmaceutów, o którym mowa w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich.**)

W związku z powyższym prosimy o sprawdzenie, czy nie zalegacie Państwo z płatnościami, a jeżeli ma to miejsce – jak najszybsze uregulowanie zadłużenia.

Niewywiązanie się z obowiązku comiesięcznego opłacania składek, skutkować będzie podjęciem przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku uchwały o skreśleniu z rejestru farmaceutów, a co za tym idzie niemożnością wykonywania zawodu, tj. realizacji recept w aptekach, sprawowania funkcji kierownika apteki lub osoby odpowiedzialnej w hurtowni, podpisywanie zestawień refundacyjnych, wystawiania recept farmaceutycznych oraz recept *pro familia* i *pro auctore*, etc.

Jednocześnie przypominamy, że składki należy opłacać do 20-go dnia każdego miesiąca. Informacje na temat zaległości można uzyskać w naszym biurze drogą telefoniczną 85 732-52-75, 740-60-72 lub wysyłając zapytanie na adres biuro@oiab.com.pl

Przypominamy również, że członkowie Izby powinni **niezwłocznie** informować organy Izby o każdorazowej zmianie danych objętych rejestrem farmaceutów prowadzonym przez Okręgową Izbę Aptekarską w Białymstoku tj.: miejsca zatrudnienia i zamieszkania, jak również zmianie nazwiska, uzyskanych specjalizacji czy stopni naukowych.

W imieniu Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku

Prezes ORA w Białymstoku
mgr farm. Tomasz Sawicki

Skarbnik ORA w Białymstoku
mgr farm. Joanna Moroz

Medycyna dla Farmaceutów

Mgr farm. Jarosław Adam Mateuszuk

OMÓWIENIE ZALECEŃ DIAGNOSTYKI I TERAPII ZAKAŻEŃ SARS-COV-2 POLSKIEGO TOWARZYSTWA EPIDEMIOLOGÓW I LEKARZY CHORÓB ZAKAŻNYCH

Wstęp

31 marca ub.r. Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEiLChZ) opublikowało zalecenia w diagnostyce i leczeniu zakażeń wywołanych SARS-CoV-2. Przedstawione zalecenia w pierwotnej wersji zostały zmienione i uzupełnione Anekssem nr 1 z dnia 8 czerwca 2020 r. oraz Anekssem # 2 z dnia 13 października 2020 r. Zalecenia zostały opracowane przez grupę naukowców i lekarzy na podstawie dostępnych wyników badań i doświadczeń własnych, w celu określenia zasad terapii w podstawowej i szpitalnej opiece zdrowotnej. Zalecenia nie obejmują zasad postępowania w Oddziałach Intensywnej Opieki Medycznej w zakresie wentylacji przy użyciu respiratora I ECMO (pozaustrojowej oksygenacji membranowej). Wprowadzone aneksami uzupełnienia dotyczą diagnostyki zakażeń SARS-CoV-2, a także leczenia podstawowego i wspomagającego w poszczególnych stadiach choroby i wynikają z szybkiego gromadzenia wiedzy o skuteczności lub nieskuteczności potencjalnych metod terapeutycznych. Zalecenia wskazują na celowość stosowania remdesiwiru w stadium namnażania wirusa oraz leków immunomodulacyjnych i/lub sterydów podczas tzw. burzy cytokinowej. Ponadto wskazano zasadność stosowania osocza ozdrowieńców i heparyny drobnocząsteczkowej. Ostatecznie wykluczono z farmakoterapii lopinawir/rytonawir, chlorochinę i pochodne oraz azytromycynę, fawipirawir, ruxolitnib, oseltamiwir i opaganib, w leczeniu COVID-19, ze względu na brak dowodów ich skuteczności w badaniach klinicznych.



Diagnostyka

Praca z materiałem potencjalnym zakaźnym, w tym przypadku wymazami z dróg oddechowych, śliną czy tzw. popłuczynami pochodzącymi z drzewa oskrzelowego, bez względu na technikę badania, wymaga zapewnienia personelowi medycznemu pełnych warunków bezpieczeństwa epidemiologicznego, chroniącego przed zakażeniem.

Testy genetyczne

Podstawą rozpoznania aktywnego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 są badania wykrywające materiał genetyczny wirusa (NAAT – nucleic acid amplification testing). Stosowana metoda Real Time PCR, czyli reakcja łańcuchowej polimerazy (z ang. Polymerase Chain Reaction), umożliwia pomiar ilości nowych kopii produktu reakcji w dowolnym punkcie czasowym (w czasie rzeczywistym). Jest to technika bardzo czuła, umożliwiające wykrycie nawet jednej kopii badanego genu. Dzięki swojej specyfice metoda RT-PCR stała się cennym narzędziem diagnostycznym - przede wszystkim pozwalającym przewidywać zakażenie, którego objawy nie są jeszcze manifestowane, rozpoznawać, na jakim to zakażenie jest etapie, a także monitorować skuteczność zastosowanego leczenia przeciwwirusowego. Analiza przyrostu produktu (amplifikacji) w czasie rzeczywistym możliwa jest dzięki zastosowaniu odpowiednich barwników lub sond fluorescencyjnych. Urządzenie, w którym przeprowadzana jest reakcja mierzy zmiany poziomu we fluorescencji badanej próbki, w trakcie każdego cyklu amplifikacji. Polega to na tym, że z badanej próbki izolowane jest całkowite RNA, w którym znajdują się również fragmenty wirusowego RNA. Następnie inicjuje się reakcję, w której enzym (odwrotna transkryptaza), umożliwia przepisanie wirusowego mRNA na DNA.

Dzięki zaprojektowanym starterom następuje namnażanie DNA przy użyciu polimerazy. Startery to krótkie oligonukleotydy DNA komplementarne do fragmentów matrycy, znajdujących się na obu końcach danego genu. Wyróżnia się dwa typy starterów: starter przedni (jego sekwencja musi być taka sama jak sekwencja powielana) i starter wsteczny (jego sekwencja musi być komplementarna do powielanej). Powstały DNA jest określany mianem komplementarnego cDNA. Opisana metoda pozwala na odtworzenie genów kodujących sekwencję fragmentów mRNA (wirusowego). W kolejnych cyklach reakcji RT-PCR sekwencje wirusowych i ludzkich genów są amplifikowane, dzięki zastosowaniu specyficznych dla nich starterów. Przyrost produktów w

czasie jest monitorowany, odnoszony do poziomu notowanej przez aparat fluorescencji i wprost proporcjonalny do ilości powstających kopii amplifikowanych fragmentów. PCR jest bardzo użytecznym narzędziem w różnego typu badaniach genetycznych, ponieważ:

- Nie wymaga znajomości sekwencji badanego genu – wystarczy znajomość sekwencji nukleotydów w odcinkach oskrzylających gen.
- Stosowane startery nie muszą być komplementarne do matrycy w 100% – pozwala to na amplifikację wariantów tego samego genu różniących się od siebie niewielkimi zmianami w sekwencji.
- Jednocześnie jest to metoda specyficzna – przy doborze odpowiednich starterów powielaniu ulega tylko jeden odcinek DNA.
- Jest to metoda bardzo czuła – umożliwia wykrycie nawet pojedynczej cząsteczki DNA.

Testy antygenowe

Większość testów antygenowych używanych w diagnostyce zakażeń wirusem SARS-CoV-2 charakteryzuje się wysoką swoistością (niemożliwość wykrycia innego patogenu i zidentyfikowania go jako czynnik poszukiwany) i czułością (zdolność testu do rozpoznania zakażenia, jeśli ono występuje). Testy o dużej czułości powinny zapewniać minimalne ryzyko przeoczenia choroby, testy o dużej swoistości powinny potwierdzać z maksymalnym prawdopodobieństwem brak zakażenia u osób uznanych za zdrowe i inaczej dodatni wynik testu o dużej swoistości wskazuje na określoną chorobę – tu zakażenie SARS-CoV-2. Właściwy okres do zastosowania testu to okres zakażenia, kiedy ilość wirusa w badanym materiale jest najwyższa (ok. 5 – 7 dnia od zakażenia). Obecnie stosuje się testy antygenowe II generacji (na przykład wykrywające białko nukleokapsydu SARS CoV-2), które stały się dostępne od września 2020, ale wymagają one dalszej oceny w praktyce klinicznej.

Testy serologiczne

Badania serologiczne oceniają odpowiedź humoralną na zakażenie SARS CoV-2 w zakażeniu ostrym i po jego przebiegu. Testy serologiczne wykrywają przeciwciała IgG/IgM/IgA pojawiające się po kilku, kilkunastu dniach, jako skutek zakażenia SARS-CoV-2 jak i innymi koronawirusami. Ujemny wynik

testu nie wyklucza infekcji, ze względu na opóźnione wytwarzanie przeciwciał, w stosunku do momentu wniknięcia wirusa. Testów serologicznych nie powinno się używać w rozpoznawaniu zakażenia SARS-CoV-2, a jedynie do:

- potwierdzania objawowego zakażenia w przypadku wcześniejszych ujemnych wyników w teście molekularnym,
- potwierdzania „ COVID-owej ” etiologii powikłań po przebyciu wcześniej niepotwierdzonego zakażenia,
- identyfikacji ozdowieńców w celu możliwości uzyskania osocza,
- oceny odporności populacji, w tym odporności poszczepiennej.

W tym ostatnim przypadku można odróżnić zdrową osobę zaszczepioną od osoby, która przebyła COVID-19 i ewentualnie została zaszczepiona. U osoby zdrowej po szczepieniu, ok. 14 dnia po przyjęciu drugiej dawki występują przeciwciała skierowane przeciwko białku S koronawirusa i jego podjednostkom S1 I S2 (szczepionka zawiera jedynie materiał kodujący białko S koronawirusa i/lub powodujący jego syntezę). W przypadku ozdowieńców występują przeciwciała skierowane przeciw innym antygenom koronawirusa, który zainfekował komórki, zwłaszcza przeciwciała IgG anty-N skierowane przeciwko białku N z otoczki nukleokapsydu).

Terapia

Zalecenia terapeutyczne w objawowym zakażeniu COVID-19 zależą od ciężaru manifestowanych przez chorego objawów chorobowych i związanego z tym stadium choroby:

Stadium 1

W przypadku bezobjawowego lub skąpoobjawowego przebiegu choroby (ok. 80 – 90% chorych) leczenie jest objawowe i przebiega w warunkach ambulatoryjnych pod opieką lekarza POZ. W niektórych przypadkach (osoby starsze, osoby z przewlekłymi chorobami, osoby odczuwające utrudnienia w oddychaniu) wskazana jest kontrola saturacji SpO₂, która generalnie powinna być nie niższa niż 95%. (z wyjątkiem osób z przewlekłymi chorobami układu oddechowego, u których wyjściowa saturacja może być niższa). W przypadku wystąpienia gorączki należy wdrożyć leki przeciwgorączkowe (najlepiej paracetamol, ewentualnie NLPZ) oraz nawodnienie. Wskazane jest leczenie spoczynkowe. W przypadku wystąpienia koinfekcji bakteryjnej należy zastosować antybiotykoterapię.

Stadium 2

Nasilenie objawów chorobowych wymaga podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o hospitalizacji pacjenta. W podjęciu decyzji o hospitalizacji może pomóc lekarzowi specjalna skala punktowa CRB-65, służąca do oceny ciężkości pozaszpitalnych zapaleń płuc (wydolności układu oddechowego), w której bierze się pod uwagę: zaburzenia świadomości (1 pkt), częstość oddechów ≥ 30 /minutę (1 pkt), ciśnienie tętnicze krwi równe lub niższe od 90/60 mmHg (1 pkt), wiek >65 lat (1 pkt). W przypadku uzyskania 2 punktów – należy rozważyć skierowanie, a w przypadku 3-4 – skierować pacjenta do szpitala. Ewentualna hospitalizacja w II stadium ma na celu wdrożenie efektywnej tlenoterapii, leczenia przeciwwirusowego oraz wdrożenia profilaktyki zmian zakrzepowo-zatorowych. Jedynym zarejestrowanym w przebiegu COVID-19 lekiem przeciwwirusowym jest remdesivir, stosowany przez 5 dni (I dzień dawka nasycająca 200 mg, przez kolejne 4 dni w dobowej dawce 100 mg). Dodatkowo lub wyłącznie jako leczenie podstawowe w II stadium można zastosować osocze ozdrowieńców, zgodne grupowo w objętości 200 – 400 ml (1 – 2 jedn.). W zależności od poziomu saturacji stosuje się kontrolowaną nieinwazyjną tlenoterapię, ze wskazaniem na tlenoterapię wysokoprzepływową. W tym stadium choroby należy rozważyć włączenie leczenia sterydami, w niewielkich dawkach. Zaleca się podawanie deksametazonu od 2 doby po włączeniu terapii remdesiwirem do 14 dnia, doustnie lub dożylnie w dobowej dawce 4 mg. Zastosowanie GKS może zapobiec powstaniu tzw. burzy cytokinowej. Natomiast powikłaniom zakrzepowo-zatorowym może zapobiec stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej w dawkach profilaktycznych lub terapeutycznych, zgodnie z ogólnymi zasadami postępowania w powikłaniach zakrzepowo-zatorowych. Konieczne jest doustne lub dożylnie nawadnianie pacjenta. W razie podejrzenia lub rozpoznania nadkażenia bakteryjnego należy wdrożyć antybiotykoterapię (np. gdy chory ponownie zgorączkuje, pogorszy się jego stan kliniczny mimo poprzedniej poprawy, a w badaniach obrazowych pojawiają się nowe zmiany), bądź gdy wystąpią objawy zakażenia towarzyszącego, na przykład układu moczowego. Nie powinno się podawać azytromycyny ani innych antybiotyków „na wszelki wypadek”, co niestety jest dość często praktykowane. Eksperti PTEiLChZ nie zalecają stosowania antybiotykoterapii w stadiach 1–3 COVID-19, chyba że jest to uzasadnione współwystępowaniem zakażenia bakteryjnego. W stadium 4 (ARDS) często się wdraża antybiotykoterapię, ponieważ często

trudno jest jednoznacznie wykluczyć współistnienie zakażenia bakteryjnego, ale i u tych chorych nie powinno to być postępowanie rutynowe.

Stadium 3

Dalsze pogorszenie stanu klinicznego pacjenta z nasileniem duszności ($SpO_2 < 90\%$) i wzrostem stężenia markerów stanu zapalnego, wymaga kontynuacji terapii glikokortykoidami, heparyną drobnocząsteczkową, dożylnego nawadniania oraz rozważenia eksperymentalnej terapii tocilizumabem. Jest to przeciwciało monoklonalne, będące antagonistą receptorów interleukiny-6, odgrywającej kluczową rolę w przebiegu burzy cytokinowej. Po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej tocilizumab podaje się jednorazowo w dawce 8 mg/kg masy ciała (maks. 800 mg) w godzinnym wlewie dożylnym, przy braku poprawy drugą dawkę można podać po ok. 12 godzinach.

Stadium 4

Wystąpienie zespołu ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) wymaga postępowania terapeutycznego w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, chociażby ze względu na konieczność prowadzenia inwazyjnej tlenoterapii pod respiratorem. Terapia glikokortykoidami w stadium 4 wymaga zastosowania wyższych dawek niż w stadiach poprzednich tzn. w przypadku deksametazonu przez 5 dni podaje się dożylnie 24 mg, przez następne 3 dni 12 mg, a przez ostatnie 2 dni 4 mg. Stosując metyloprednizolon przez 5 dni podajemy 1mg/kg masy ciała, zmniejszając dawkę do 40 mg jednorazowo przez kolejne 3 dni i ostatecznie do 10 mg przez 2 dni. W związku ze specyfiką oddziału intensywnej terapii oraz ciężkim stanem klinicznym pacjentów przebywających w obrębie oddziału, niezbędne jest zwykle zastosowanie empirycznej antybiotykoterapii o



szerokim spektrum działania, obejmującej prawdopodobne czynniki mikrobiologiczne odpowiedzialne za zakażenia w konkretnym oddziale. W niektórych, wyjątkowych przypadkach można zastosować pozaustrojową oksygenację membranową (ECMO – extracorporeal membranę oxygenation). Niestety, bez względu na stosowane leczenie znaczny odsetek prowadzonych terapii kończy się niepowodzeniem.

Podsumowanie

Ze względu na niewielki okres doświadczenia w terapii COVID-19 wytyczne dotyczące leczenia chorych na COVID-19, zwłaszcza w późniejszych stadiach choroby, są często aktualizowane w oparciu o zasady EBM. Z tego powodu niektóre wcześniej stosowane terapie tracą na aktualności, a inne zyskują uznanie lekarzy praktyków. Dużo leków, z którymi początkowo wiązano nadzieje na pomyślne zastosowanie w terapii COVID-19, przy dłuższych obserwacjach okazało się nieskutecznych – jak wykazano na wstępie. Inne wykazały się farmakologiczną skutecznością, ale konieczne było zmodyfikowanie zaleceń dotyczących okresu stosowania i dawek – jak w przypadku glikokortykoidów. Wydaje się, że bez względu na rodzaj zastosowanej terapii czynnikiem decydującym o jej powodzeniu jest jak najwcześniejsze jej rozpoczęcie oraz uwzględnienie indywidualnych czynników ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19.

Opracowano na podstawie:

1. Flisiak R., Parczewski M., Horban A. i wsp.: Zalecenia diagnostyki i terapii zakażeń SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (13.10.2020). <https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/248659,zalecenia-diagnostyki-i-terapii-zakazen-sars-cov-2-polskiego-towarzystwa-epidemiologow-i-lekarzy-chorob-zakaznych>
2. National Health Institutes: COVID-19 treatment guidelines. <https://covid19treatmentguidelines.nih.gov/>
3. World Health Organization: Corticosteroids for COVID-19. Living guidance. 02.09.2020.
4. European Medicines Agency: Treatments and vaccines for COVID-19. www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines-covid-19

Mgr farm. Jarosław Adam Mateuszuk

**ROZPOZNANIE, KONTROLA I CELE TERAPEUTYCZNE
W CUKRZYCY NA PODSTAWIE ZALECEŃ
POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO (PTD),
Z UWZGLĘDNIENIEM EUROPEJSKIEGO STOWARZYSZENIA
BADAŃ NAD CUKRZYCĄ (EASD) I AMERYKAŃSKIEGO
TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO (ADA)
(2020)**

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną charakteryzującą się podwyższonym poziomem glukozy (hiperglikemią), wynikającym z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Hiperglikemia to wzrost stężenia glukozy we krwi powyżej górnej granicy normy, która na czczo powinna mieścić się w przedziale 3,9 – 5,5 mmol/l (70 – 99 mg% - mg/dl). Jak widać określona została dolna granica normy stężenia glukozy we krwi i stężenie poniżej tej granicy jest określane jako hipoglikemia i może stanowić nagłe i bezpośrednie zagrożenie dla życia pacjenta.



Rozpoznanie

Objawami chorobowymi wskazującymi na możliwość występowania cukrzycy ze znaczną hiperglikemią są: nasiloną diureza, wzmożone pragnienie, utrata masy ciała, osłabienie, senność, często pojawiające się stany ropne i zapalne skóry oraz układu moczowo-płciowego.

Wyróżniamy następujące fizykalno-laboratoryjne kryteria rozpoznania cukrzycy:

- występowanie jednego, kilku powyższych objawów chorobowych i wynik laboratoryjny oznaczenia glikemii niezależnie od spożytego posiłku i pory dnia $\geq 200\text{mg}\%$ (glikemia przygodna), albo
- brak powyższych objawów chorobowych i glikemia przygodna $< 200\text{mg}\%$ lub występowanie powyższych objawów chorobowych i glikemia przygodna $< 200\text{mg}\%$ oraz równocześnie dwukrotny (w dwóch kolejnych dniach) wynik laboratoryjny glikemii $\geq 126\text{mg}\%$ na czczo (8 -14 godzin od spożycia ostatniego posiłku), albo
- brak powyższych objawów chorobowych i glikemia przygodna $\geq 200\text{mg}\%$ oraz jednokrotny wynik glikemii $\geq 126\text{mg}\%$ na czczo, albo
- jednokrotny lub dwukrotny wynik glikemii w zakresie 100 – 125 mg% i nieprawidłowy wynik (w 120 min po podaniu 75 g glukozy) doustnego testu tolerancji glukozy $\geq 200, \text{g}\%$

W praktyce klinicznej istnieje pojęcie stanu przedcukrzycowego, na który wg. WHO składa się nieprawidłowa glikemia na czczo: 100 – 125 mg% (5,6 – 6,9 mmol/l) i nieprawidłowa tolerancja glukozy: 140 – 199 mg% (7,8 – 11 mmol/l) stwierdzona w 120 min. w trakcie testu doustnego obciążenia glukozą.

Przy braku objawów wynikających z hiperglikemii oraz prawidłowych wcześniejszych oznaczeniach glikemii, u każdej osoby po 45 roku życia należy przynajmniej raz na 3 lata przeprowadzić badanie w kierunku cukrzycy. Również, pomijając kryterium wieku u osób predysponowanych do rozwoju cukrzycy należy takie badanie wykonać raz w roku. Do tej grupy zalicza się następujące osoby:



- z nadwagą lub otyłością BMI ≥ 25 , lub obwodem w talii u kobiet > 80 cm, a u mężczyzn > 94 cm,
- z dodatnim wywiadem rodzinnym (rodzice lub rodzeństwo z cukrzycą),
- ze stwierdzonym stanem przedcukrzycowym,
- u kobiet z cukrzycą ciążową lub zespołem policystycznych jajników, lub przy urodzeniu dziecka o masie ciała pow. 4 kg.,
- z nadciśnieniem tętniczym $\geq 140/90$ mm Hg i innymi chorobami kardiologicznymi,
- z dyslipidemią: HDL < 40 mg% i/lub trójglicerydy > 150 mg%.

Cele terapeutyczne w leczeniu cukrzycy

Cele terapeutyczne w przypadku rozpoznania cukrzycy dotyczą wyrównania glikemii, lipidemii, ciśnienia tętniczego oraz uzyskanie należytej masy ciała. Każdy chory powinien mieć określone indywidualnie cele terapeutyczne. Proces indywidualizacji terapii zależy od postawy i nastawienia pacjenta do swojej choroby, chorób współistniejących, wieku pacjenta i jego stanu psychicznego oraz ryzyka występowania stanów hipoglikemicznych w następstwie zleconego schematu leczenia.

Monitorowanie glikemii jest jednym z najistotniejszych składowych prawidłowego leczenia cukrzycy. Bieżąca kontrola glikemii wymaga prawidłowego posługiwania się glukometrem oraz właściwą interpretacją wyników laboratoryjnych. Chorzy stosujący insulinoterapię w postaci wielokrotnych wstrzyknięć czy ciąglego podskórnego wlewu insuliny (pompy insulinowe) powinni wykonywać dobowy profil glikemii na czczo, przed posiłkiem, 60-120 min po posiłku i przed snem. Występujące epizody hipoglikemii wymagają dodatkowych pomiarów, w tym tych dokonywanych w nocy. Wskazane są pomiary glikemii przed planowanym wysiłkiem fizycznym, przed wykonywaniem czynności, przy których hipoglikemia jest szczególnie niebezpieczna oraz przy wystąpieniu objawów świadczących o spadku poziomu cukru we krwi. Przy wielokrotnych wstrzyknięciach insuliny, optymalnie i standardowo powinno się wykonać 8 pomiarów glikemii w ciągu doby (rano na czczo, przed i po głównych posiłkach i przed snem). Chorzy leczeni pojedynczymi dawkami insuliny i doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi wymagają 1 – 2 pomiarów glikemii w ciągu doby, wykonania skróconego profilu dobowego (na czczo i po głównych posiłkach) - raz w tygodniu oraz pełnego profilu dobowego - raz w miesiącu. Chorzy z cukrzycą typu 2 stosujący doustne leki przeciwcukrzycowe i/lub analogi GLP mogą ograniczyć kontrolę glikemii do

jednego pomiaru w ciągu doby (o różnych porach) oraz jednego skróconego dobowego profilu glikemii w ciągu tygodnia. W procesie samokontroli jest bardzo ważne używanie sprawnego i certyfikowanego glukometru, przedstawiającego wartości w wyniku pomiaru stężenia glukozy w osoczu, oraz którego deklarowany błąd pomiaru nie przekracza 15% dla stężeń glukozy powyżej 100 mg%. Raz w roku pacjent powinien dokonać oceny dokładności pomiarów poprzez porównanie wyników otrzymanych z tej samej próbki krwi w wyniku oznaczenia jednocześnie glukometrem i analizatorem diagnostycznym w placówce leczniczej (w POZ, AOS czy w trakcie pobytu w szpitalu)

Kontrolę wyrównania glikemii można przeprowadzić retrospektywnie poprzez oznaczenie hemoglobiny glikowanej HbA1, której poziom odzwierciedla średnie stężenia glukozy we krwi w okresie 3 miesięcy poprzedzających oznaczenie, przy czym 50% wartości HbA1 powstaje w ostatnim miesiącu. U pacjentów z wyrównaną cukrzycą oznaczenie powinno być dokonane raz w roku, a w przypadku niestabilnego przebiegu lub zmiany schematu leczenia raz na kwartał. U chorych na cukrzycę docelowo poziom HbA1 nie powinien przekraczać 7,0% (53 mmol/mol). Natomiast w poszczególnych przypadkach docelowe wartości HbA1 mogą się różnić. I tak:

- u dzieci i młodzieży; u osób z cukrzycą typu I, gdzie nie ma większego ryzyka wystąpienia hipoglikemii w trakcie terapii insuliną oraz u osób z cukrzycą typu 2 leczonych krótkotrwale, docelowe stężenie HbA1 nie powinno przekraczać 6,5%,
- u osób w zaawansowanym wieku, chorujących wiele lat, szczególnie z powikłaniami o charakterze makroangiopatii stężenia HbA1 nie powinny przekraczać 8,0%,
- u kobiet z cukrzycą planujących zajść w ciążę, docelowa wartość nie powinna przekraczać 6,5%, a u kobiet będących w II i III trymestrze ciąży docelowa wartość nie powinna być wyższa niż 6,0% (o ile nie zwiększy to ryzyka wystąpienia epizodów hipoglikemicznych).

U pacjentów stosujących systemy ciągłego monitorowania glikemii (CGM) lub systemy do skanowania (FGM), jednym z podstawowych parametrów oceny wyrównania cukrzycy powinien być odsetek czasu dobowego spędzony w glikemii docelowej (TIR, time in range). W przypadku cukrzycy typu 1 i 2 70% i więcej odczytów powinno mieścić się w granicach 70 -180 mg% stężenia glukozy (przez prawie 17 godzin czasu dobowego). U osób starszych (z możliwością częstszego występowania epizodów hipoglikemii) wartości stężenia glukozy w zakresie 70 – 180 mg% powinny stanowić co najmniej 50% odczytów, co stanowi 12 godzin w ciągu doby. U kobiet w ciąży leczonych

insuliną (przeważnie) co najmniej 70% odczytów w ciągu doby (prawie 17 godzin czasu dobowego) powinno mieścić się w przedziale wartości 63 – 140 mg% stężenia glukozy we krwi.

Cele dotyczące wyrównania parametrów gospodarki lipidowej zależą od stopnia ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych. U osób z cukrzycą obarczonych bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym stężenie cholesterolu LDL powinno być niższe niż 55 mg% (< 1,4 mmol/l) lub redukcja z nieprawidłowego poziomu wyjściowego powinna być o co najmniej 50%, natomiast w przypadku cholesterolu LDL-C stężenie nie powinno przekraczać 70 mg% (1,8 mmol/l) lub redukcja nieprawidłowego poziomu wyjściowego powinna wynosić co najmniej 50%. U pacjentów z cukrzycą typu 1, poniżej 35 r. życia, z umiarkowanym ryzykiem sercowo-naczyniowym, bez powikłań lub u pacjentów z cukrzycą typu 2 poniżej 50 r. życia, u których czas trwania choroby nie przekracza 10 lat, poziom cholesterolu LDL-C nie powinien przekraczać 100 mg% (2,6 mmol/l). Stężenie trójglicerydów nie powinno być wyższe niż 150 mg% (1,7 mmol/l).

W przypadku ciśnienia tętniczego wartość skurczowa nie powinna być wyższa niż 130 mmHg, a rozkurczowa 80 mmHg, z tym że u osób w wieku 65 lat i więcej dopuszcza się wartość ciśnienia skurczowego w granicach 130 – 140 mmHg, u osób młodszych wartość ta powinna być utrzymywana w ok. 120 mmHg.

Teksty źródłowe:

2020 Guidelines on the management of diabetic patients. A position of Diabetes Poland. Clin Diabetol 2020; 9, 1. DOI: 10.5603/DK.2020.0001.

Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2014;37(Suppl. 1):S81–S90 (American Diabetes Association 2021)

Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. Diabetes Care 2021 Jan; 44(Supplement 1): S73-S84.<https://doi.org/10.2337/dc21-S006>

Mgr farm. Jarosław Adam Mateuszuk

PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIE NOWOCZESNYCH METOD POMIARU GLIKEMII W TRYBIE CGM (continuous glucose monitoring)

Wyróżniamy dwa rodzaje systemów ciągłego monitorowania glikemii: monitorowanie w czasie rzeczywistym (rtCGM real time CGM) lub monitorowanie poprzez skanowanie (isCGM – intermittenly scanned CGM).

Metoda pomiaru isCGM (intermittenly scanned continuous glucose monitoring)/FGM (flash glucose monitoring)

System isCGM wykorzystujący metodę skanowania w dowolnym czasie składa się z dwóch części: okresowo wymienianego sensora – aplikowanego na skórę ramienia oraz czytnika (skanera) przypominającego obecnie dostępne na rynku glukometry. Sensor o kształcie płaskiej, okrągłej baterii (podobnej do tych stosowanych w urządzeniach elektronicznych) o średnicy 35 mm i grubości 5 mm (masa 5 g) posiada własne zasilanie w postaci baterii na bazie tlenku srebra, która umożliwia żywotność sensora do 14 dni. Sensor posiada również własną pamięć do 8 godzin, w której co 15 min zapisywane są automatycznie poziomy glikemii. Sensor umieszcza się na tylnej stronie skóry ramienia za pomocą specjalnego aplikatora. Aplikując w bezbolesny sposób sensor, wprowadza się pod skórę miękkie, sterylne włókno o śr. 0,4 mm i dł. 5 mm, które dokonuje pomiaru w płynie śródtkankowym. Strona sensora przylegająca do skóry pokryta jest specjalnym klejem. Sensor jest wodoodporny (w warunkach: do głębokości 1 m przez maks. 30 min). Użytkownicy testujący urządzenie nie odczuwają dyskomfortu z powodu obecności sensora na skórze, sporadycznie może pojawić się podrażnienie skóry w kontakcie z klejem obecnym na powierzchni sensora.

Drugim elementem systemu jest czytnik danych zebranych przez sensor, o wymiarach 95 x 60 mm i masie 65 g. Skanowanie sensora przez czytnik jest możliwe przez ubranie o grubości materiału do 4 mm z odległości do 4 cm. Czytnik umożliwia prezentację aktualnego stężenia glukozy w płynie śródtkankowym w zakresie 20 – 500 mg/dl , historię poziomów glukozy z ostatnich 8 godzin oraz określa trend zwykły lub spadkowy poziomu glukozy. Możliwe jest określenie średniego stężenia glukozy w różnych przedziałach czasowych: 7, 14, 30 lub 90 dni. Warunkiem ostatniej funkcji jest skanowanie sensora przynajmniej raz na 8 godzin (taka jest pamięć sensora) oraz jego

wymiana co 14 dni. Wyświetlacz czytnika występuje w postaci ekranu dotykowego i pozwala na odczyt danych w ciemności. Średni czas użytkowania wynosi przeciętnie 3 lata. Odczyt poziomu glukozy odbywa się poprzez zbliżenie czytnika do sensora na odległość nie większą niż 4 cm przez co najmniej 1 sekundę, odczyt jest sygnalizowany dźwiękiem.

Stosowanie systemu w Europie jest zastrzeżone dla dorosłych i dzieci powyżej 4 roku życia (pod kontrolą osoby dorosłej), w USA powyżej 18 roku życia. System wydaje się być szczególnie użyteczny w monitorowaniu stężeń glukozy u dzieci, ponieważ eliminuje konieczność wybudzania dziecka ze snu. W szczególnych przypadkach, kiedy mierzone stężenia glukozy okazują się niespodziewanie wysokie lub niskie, wskazane jest użycie klasycznego glukometru w celu potwierdzenia lub zaprzeczenia wyniku (zwłaszcza przed podaniem dodatkowej dawki insuliny – wysoki poziom glukozy, albo zastosowaniem glukagonu – niski poziom glukozy). Gwałtowne i szybkie zmiany stężenia glukozy we krwi mogą nie odzwierciedlać poziomu glukozy w płynie śródtkankowym, który w tym środowisku zmienia się wolniej niż we krwi. Producent zapewnia oprogramowanie pozwalające na przeniesienie danych z czytnika na komputer (czytnik zapewnia przechowywanie danych przez okres do trzech miesięcy).

Wadą systemu jest konieczność zdejmowania ubrania przed skanowaniem sensora, w sytuacji kiedy pora roku lub przebywanie na zewnątrz wymaga noszenia swetrów, kurtek, marynarek itp. W trakcie noszenia sensora należy uważać, żeby przypadkowo nie uderzyć ramieniem lub nie być potrąconym przez inne osoby (np. podczas wsiadania do środków komunikacji), ponieważ może to spowodować odklejenie sensora i jego utratę. Nie jest również wiadome czy umiejscowienie sensora będzie stabilne podczas intensywnych ćwiczeń fizycznych, podczas których zaangażowane są mięśnie obręczy kończyny górnej i ramienia np. w czasie treningu pływackiego, wiosłarskiego czy ćwiczeń na siłowni. System nie jest kompatybilny z pompami insulinowymi. Podstawową wadą systemu, która może w polskich realiach znacznie ograniczyć rozpowszechnienie stosowania go jest wysoka cena sensora. Bezinwazyjna metoda pomiaru glukozy powoduje u większości użytkowników zwiększenie częstotliwości odczytów w porównaniu z tradycyjnym pomiarem glukozy, co może stać się przyczyną pełnej realizacji założeń terapeutycznych w leczeniu cukrzycy dzieci i dorosłych.

Metoda pomiaru rtCGM (real time continuous glucose monitoring)

Systemy rtCGM umożliwiają pomiary wartości stężenia glukozy na bieżąco, bez konieczności wykonywania przez pacjenta dodatkowych czynności-skanowania. Urządzenia te dodatkowo ostrzegają użytkowników dzięki alarmom dźwiękowym lub wibracyjnym o tym, że ich glikemia się zmienia w sposób istotny, czasami bezpośrednio zagrażający życiu. Niektóre systemy mogą być zintegrowane z osobistą pompą insulinową, dzięki czemu w momencie nagłego spadku glukozy pompa automatycznie zatrzymuje podskórny wlew insuliny bazalnej. System rtCGM składa się z sensora, nadajnika i odbiornika. Sensor (inaczej: elektroda, czujnik) to cienki pasek, nieco grubszy od włosa, w którym obecna jest oksydaza glukozy, która odpowiedzialna jest za reakcję utleniania glukozy, a to prowadzi do uzyskania wyniku pomiaru. Podobnie jak w systemie isCGM, sensor mierzy stężenie glukozy w płynie śródtkankowym, a nie, jak glukometr, we krwi włosiczkowej. Pacjent umieszcza w tkance podskórnej sensor, samodzielnie, za pomocą specjalnego aplikatora. Sensor należy wymieniać co 7-14 dni. Dostępne są systemy, w których sensor jest wszczepiany podskórnie przez lekarza, za pomocą nacięcia skóry ramienia (bez konieczności zakładania szwu). Sensor jest wtedy wymieniany co pół roku. Nad sensorem, przy pomocy plastra, umieszczany jest transponder. Odbiornikiem jest smartwatch i/lub smartfon.

Wszystkie wymienione wyżej urządzenia pozwalają na kontrolę glikemii na bieżąco i analizę danych z poziomu odbiornika. Pacjenci mogą swoje wyniki udostępniać lekarzowi w „chmurze”, bądź po przeniesieniu z urządzenia do komputera, co podczas pandemii COVID-19 jest bardzo pomocne, zwłaszcza kiedy możliwość zdalnego kontaktu pomiędzy pacjentem i lekarzem stała się wyjątkowo przydatną i często jedyną drogą na utrzymanie ciągłości procesu terapeutycznego.

Dokładność pomiaru powyższych systemów oscyluje wokół wartości 90%. Niektóre systemy wymagają procesu okresowej kalibracji z użyciem glukometru, inne są skalibrowane fabrycznie. W przypadku wątpliwości pacjenta co do wyniku należy bezwzględnie wykonać pomiar kontrolny za pomocą glukometru.

Porównując kontrolę glikemii wykonywaną przy użyciu klasycznych urządzeń, czyli glukometrów oraz urządzeń do ciągłego monitorowania glikemii CGM/FGM należy zwrócić uwagę na dwie zalety – pierwsza to znaczne polepszenie jakości życia, druga – to poprawa kontroli cukrzycy. Stosowanie

CGM/FGM poprawia wyrównanie glikemii (zmniejszenie stężenia HbA1c) i to niezależnie od stosowanego modelu terapii – wielokrotne wstrzyknięcia insuliny czy osobista pompa insulinowa. CGM/FGM dzięki wskazywaniu trendów glikemii ograniczają liczbę epizodów hipoglikemii, zwiększając tym samym czas normoglikemii w zakresie docelowym TIR (ang. *time in range*) i zmniejszają zmienność glikemii, czyli sprawiają, że glikemie są bardziej stabilne. Systemy CGM/FGM są szczególnie rekomendowane u chorych na cukrzycę typu 1, o chwiejnym przebiegu ze współistniejącymi częstymi epizodami hipoglikemii i brakiem jej świadomości, gdyż poprawia to komfort i bezpieczeństwo leczenia.

Niewątpliwie wadą powyższych systemów w porównaniu z użyciem klasycznych glukometrów jest ograniczona refundacja do stosunkowo wąskiej grupy pacjentów. System isCGM/FGM jest refundowany dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 1 od 4. do 18. roku życia, którzy bardzo dobrze monitorują glikemię, czyli wykonują minimum 8 pomiarów dziennie. Systemy rtCGM są refundowane dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 1 do 26. roku życia leczonych za pomocą osobistej pompy insulinowej oraz nieświadomością hipoglikemii (z wykluczeniem hipoglikemii poalkoholowej). Pomimo tego kontrola glikemii z zastosowaniem systemów ciągłego monitorowania glikemii zarówno w czasie rzeczywistym (rt-CGM), jak i skanowania (isCGM/FGM) zwiększa bezpieczeństwo i komfort terapii.

Źródła informacji:

Battelino T., Conget I., Olsen B. i wsp.: The use and efficacy of continuous glucose monitoring in type 1 diabetes treated with insulin pump therapy: a randomised controlled trial. *Diabetologia* 2012 Dec; 55 (12): 3155–3162.

Lind M., Polonsky W., Hirsch I.B. i wsp.: Continuous Glucose Monitoring vs Conventional Therapy for Glycemic Control in Adults With Type 1 Diabetes Treated With Multiple Daily Insulin Injections: The GOLD Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2017 Jan 24; 317 (4): 379–387.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Dz. U. z 2019 r. poz. 1899.

Strony internetowe producentów systemów CGM/FGM: Abbott, Ascensia, Dexcom, Medtronic

Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2020. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabet. Prakt.* 2020; tom 6, nr 1.

Varia

Elżbieta Rutkowska

Zakład Farmacji Stosowanej

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Przegląd prac magisterskich z zakresu historii farmacji, 22 stycznia 2021 roku

22 stycznia 2021 r. odbył się XV Przegląd prac magisterskich z zakresu historii farmacji zorganizowany przez Ogólnopolską Sekcję Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (dalej: PTFam) i Instytut Historii Nauki im. Ludwika i Aleksandra Birkenmajerów Polskiej Akademii Nauk. Przegląd ze względu na sytuację epidemiczną przebiegał w formie on-line.

Przeglądy odbywają się od 2006 r. dzięki inicjatywie dra n. farm. Jana Majewskiego – Honorowego Przewodniczącego Ogólnopolskiej Sekcji Historii Farmacji PTFam (do 2018 r. Zespołu Sekcji Farmacji PTFam) oraz prof. dr hab. Haliny Lichockiej – ówczesnej Kierownik Zakładu Historii Nauk Ścisłych, Przyrodniczych i Techniki Instytutu Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk.

Na początku uczestników przywitały dr hab. Iwona Arabas, prof. PAN i dr n. o zdr. Lidia Maria Czyż – Przewodnicząca Ogólnopolskiej Sekcji Historii Farmacji PTFam. Następnie spotkanie, podczas którego przedstawione zostały dwie prace magisterskie, poprowadziła dr hab. Anna Trojanowska, prof. PAN.

Magdalena Sokół (Kraków) zaprezentowała pracę pt. *Leki i porady medyczne w dziełach Jakuba Kazimierza Haura (XVII wiek)* (promotor: dr n. farm. Agnieszka Rzepiela), a Jacek Artur Adamski (Wrocław) omówił wnioski swojej pracy magisterskiej pt. *Analiza teorii medycznych w polskim środowisku lekarskim w początkach XIX w. na podstawie „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” (1828-1829)* (promotor: prof. dr hab. Bożena Płonka-Syroka).

Praca M. Sokół powstała w Muzeum Farmacji *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego (Wydział Farmaceutyczny). Na podstawie dzieł J. K. Haura *Oekonomika Ziemiańska Generalna* (1675) i *Skład albo Skarbiec Znakomych Sekretów Oekonomicy Ziemiańskiej* (1693) autorka zestawiała środki lecznicze oraz wskazania postępowania w przypadku różnych chorób. Uwzględniła także grupy pacjentów (np. kobiety, dzieci, żołnierze). Dzięki temu mogła zaprezentować różnorodność leków roślinnych, zaleceń profilaktycznych i

terapeutycznych, wykorzystywanych w medycynie domowej na terenach Rzeczypospolitej w XVII w.

Z analizy wymienionych publikacji wynika, że w XVII-wiecznych praktykach leczniczych wykorzystywano surowce pochodzenia: roślinnego, zwierzęcego, mineralnego (w różnych postaciach, jak na przykład maści, plastry, nalewki czy proszki). Ponadto, zarówno w celach profilaktycznych, jak i terapeutycznych stosowano magiczne i rytualne działania. Przeprowadzone badania przepisów na leki oraz porad, opisanych w dziełach J. K. Haura, pozwoliły M. Sokół stwierdzić, że autorzy podręczników dla gospodarzy ziemskich i encyklopedii domowych posiadali stosunkowo dobrze rozwiniętą wiedzę medyczną. Zwróciła także uwagę na znaczenie tego rodzaju publikacji dla ówczesnych właścicieli majątków ziemskich, ich mieszkańców i pracowników, którzy z powodu trudnego dostępu lekarzy i aptek, w nich szukali porad do postępowania w przypadku chorób.

Część z surowców leczniczych, wymienionych w XVII-wiecznych publikacjach, stosuje się aktualnie w tego samego typu wskazaniach (co wykazała autorka, oceniając skuteczność lekarstw wymienionych w dziełach J. K. Haura, na podstawie współczesnego piśmiennictwa), natomiast inne surowce stanowią potencjalny materiał badawczy w zakresie ich właściwości terapeutycznych.

Jacek Artur Adamski pracę magisterską *Analiza teorii medycznych w polskim środowisku lekarskim w początkach XIX w. na podstawie „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” (1828-1829)* napisał w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej). Na łamach wspomnianego czasopisma, wydawanego pod redakcją Jana Fryderyka Wilhelma Malcza (1795-1852) w latach 1828-1829, ukazały się artykuły, których analiza pozwoliła autorowi stwierdzić, że w warszawskim środowisku medycznym w opisywaniu chorób, diagnostyce i metodach leczenia nie było jednej dominującej teorii. Korzystano z różnych koncepcji medycznych: neohipokratyzmu, osiągnięć francuskiej szkoły anatomopatologicznej, brownizmu, broussaizmu i rasoryzmu. Lekarze podczas terapii pacjentów skupiali się głównie na ich stanie somatycznym.

Obie prace zostały zaprezentowane w interesujący sposób. Autorzy prac z dużym zaangażowaniem przedstawili wyniki swoich analiz. W dyskusji zwrócono uwagę na możliwość kontaktów oraz wzajemnego oddziaływania

wiedzy medycznej i praktyk medycyny ludowej. Zaakcentowano także wartość pracy Magdaleny Sokół w zakresie badań nad historią medycyny w XVII w.

Magdalenie Sokół i Jackowi Adamskiemu przesłano dyplomy uczestnictwa i nagrody książkowe, m.in. pracę Jana Wnęka pt. *Światowa medycyna w polskiej nauce i dydaktyce lekarskiej (1795-1939)*, cz. 1 i 2 (Warszawa 2019), przekazaną przez Instytut Historii Nauki im. Ludwika i Aleksandra Birkenmajerów PAN. Promotorom zostały przesłane dyplomy uznania i książka *Apteka „Pod Żółtym Lwem” na tle krótkiej historii aptekarstwa poznańskiego* (Poznań 2020), autorstwa: Anny Marii Kielak, Konstancji i Jana Majewskich, którą ofiarował Jan Majewski.

Halina Wnorowska

Majeranek

Za oknem dzisiaj mżawka
i szyby zapłakane,
w mojej kuchni ziołowo,
bo siekam majeranek.

Majeranek do rymu?
Że lebiodka niegodny?
Zmienisz zdanie jak kaczkę,
popróbujesz, gdyś głodny.

Majeranek na stole,
majeranek w ogrodzie,
zdrowotność i zapachy
dorównują urodzie.

Elżbieta Rutkowska

Zakład Farmacji Stosowanej

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Apteka „Pod Złotym Lwem” na tle krótkiej historii aptekarstwa poznańskiego

Książka pt. *Apteka „Pod Złotym Lwem” na tle krótkiej historii aptekarstwa poznańskiego* (Poznań 2020) jest owocem pracy trzech autorów: mgr farm. Anny Marii Kielak, mgr farm. Konstancji Majewskiej i dra n. farm. Jana Majewskiego. Właściciele tytułowej apteki podjęli się nietatwego zadania opracowania jej historii.



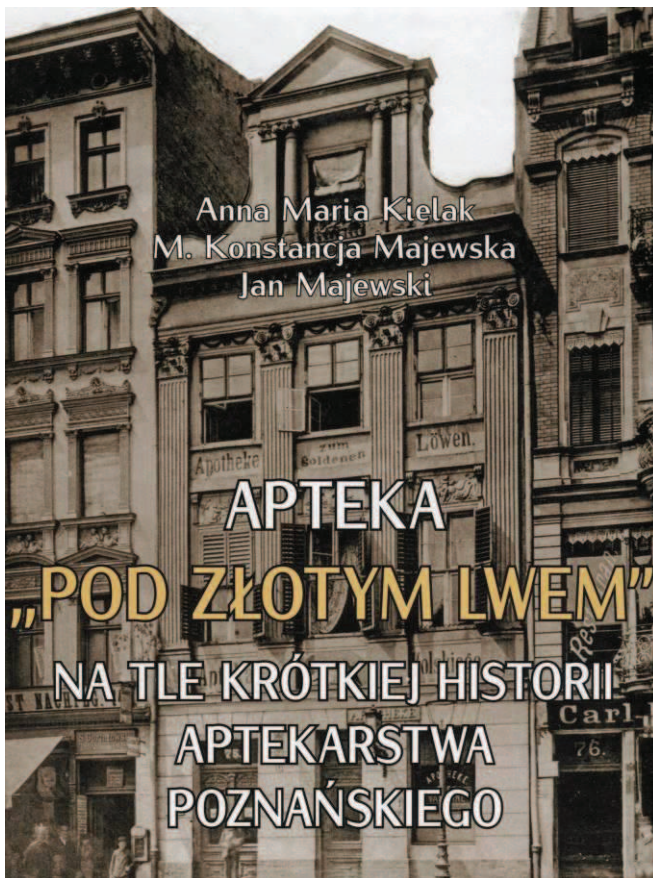
Fot. 1. Autorzy książki pt. Apteka „Pod Złotym Lwem” na tle krótkiej historii aptekarstwa poznańskiego (Poznań 2020) (fot. Krzysztof Styszyński; archiwum dra Jana Majewskiego)

Publikacja, wydana dzięki Wielkopolskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej, liczy 101 stron i składa się z pięciu rozdziałów.

W rozdziale pierwszym przedstawiony został zarys historii Poznania do 1793 r., początki aptekarstwa w Poznaniu (w źródłach archiwalnych odnotowano istnienie apteki w Poznaniu w 1446 r.) i dzieje aptek na poznańskim Starym

Rynku. Znalazły się w nim również informacje o aptekarzach pełniących funkcje: burmistrzów, rajców, ławników i starszych cechów. Ponadto zwrócono uwagę na jezuicką aptekę klasztorną oraz aptekę prowadzoną przez dominikanów.

Rozdział drugi poświęcony jest pruskiemu ustawodawstwu aptekarskiemu (z uwzględnieniem rodzajów aptek) i działalności aptekarzy w Poznańskim Towarzystwie Przyjaciół Nauk oraz udziałowi aptekarzy w organizacji studiów farmaceutycznych w Poznaniu. Wspomniana została także postać dra Karola Marcinkowskiego – poznańskiego lekarza, filantropa i społecznika – oraz jego współpracownicy z Eleonorą i Augustynem Kolskimi, którzy byli właścicielami apteki „Pod Żółtym Lwem” w pierwszej połowie XIX w.



Fot. 2. Front kamienicy w Poznaniu, Stary Rynek 75 w XIX w. przedstawiony na okładce książki (fot. Krzysztof Styszyński; archiwum dra Jana Majewskiego)

Rozdział trzeci dotyczy takich zagadnień jak: przynależność aptekarzy do cechów, utworzenie pierwszej organizacji aptekarskiej w Poznaniu w 1718 r., utworzenie samorządu aptekarskiego, udział aptekarzy w walkach o niepodległość (w powstaniu wielkopolskim, wojnie polsko-bolszewickiej, II wojnie światowej; z uwzględnieniem aptekarzy i farmaceutów poznańskich, zamordowanych w Katyniu). Przypomniano również o masowej demonstracji robotników w Poznaniu w czerwcu 1956 r.

W rozdziale czwartym zostały opisane dzieje apteki „Pod Złotym Lwem” od XVIII w. do czasów współczesnych. Znajdują się w nim informacje o jej kolejnych właścicielach. Konstancja i Jan Majewscy koncesję na prowadzenie apteki otrzymali w grudniu 1989 r. Aptekę nr 61-015 (Stary Rynek 75) kupili od Przedsiębiorstwa Zaopatrzenia Farmaceutycznego „CEFARM” i otworzyli 10 kwietnia 1990 r., powracając do nazwy: Apteka „Pod Złotym Lwem”. W 2005 r. do grona farmaceutów apteki dołączyła Anna Maria Kielak – córka Konstancji i Jana Majewskich. Właściciele zadbali o rozwój apteki w różnych wymiarach. Przede wszystkim, aby jak najlepiej pomagać chorym, zgłaszającym się do apteki, podnosili swoje kwalifikacje zawodowe i naukowe, uczestnicząc w wielu szkoleniach, publikując artykuły i książki oraz organizując sympozja. Z dużą starannością zajęli się także wystrojem apteki, w którym wiele elementów świadczy o ich zamiłowaniu do: tradycji, historii i kultury farmaceutycznej. W tej poznańskiej *officina sanitatis* można zobaczyć m.in. reprodukcje z zielnika Stefana Falimirza (1534) czy ekslibrysy wykonane przez dra n. farm. Krzysztofa Kmiecica. W aptece gromadzono także wyposażenie dawnych aptek, które zostało przekazane do Muzeum Farmacji w Poznaniu.



Fot. 3.
Izba ekspedycyjna
apteki „Pod Złotym
Lwem” w Poznaniu
(fot. Krzysztof
Styszyński;
archiwum dra Jana
Majewskiego)

W rozdziale piątym została przypomniana pielgrzymka farmaceutów do Rzymu (w 2000 r.) i spotkanie z Ojcem Świętym Janem Pawłem II, któremu подарowano kopię obrazu św. Kosmy i Damiana. W imieniu Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego przekazał ją m.in. Jan Majewski.

W aptecznym gościnnym gabinecie bywało wiele osób, a wśród nich np. Wiesław Fusek – żołnierz gen. Władysława Andersa, farmaceuta i malarz, Stanisław Mrowiński – malarz i karykaturzysta poznański czy Jan Harasimowicz – farmaceuta i rzeźbiarz. Zazwyczaj pozostawiali oni swoje prace, które zdobią aptekę.



Fot. 4.
Informacja o
aptece „Pod
Złotym Lwem”
w Poznaniu z
1909 r. (fot.
Krzysztof
Styszyński;
archiwum dra
Jana
Majewskiego)

Przedstawiona książka autorstwa znanych z działalności społecznej poznańskich farmaceutów jest godna uwagi. W kręgu ich zainteresowania znalazła się nie tylko historia apteki, ale także historia aptekarstwa i Poznania. Jej dużym atutem są piękne fotografie, na których zaprezentowano m.in. postacie związane z apteką, godło apteki, dokumenty archiwalne, druki reklamowe, opakowania na leki oraz wspomniane prace artystyczne.

Halina Wnorowska

Rozmowy z Aniołem

Rozmów
z moim Aniołem
słucha często
krzywa wierzba
nad stawem.
Wtrąca się nieustannie,
wplątując we włosy
rozpuszczone witki.

Prośby
o jeszcze kilka
pogodnych wierszy,
mają kolor
jasnozielony.
Zwierzenia
pachną rzęsą
i sitowiem.

Wieczór
kradnie obraz
odbitego
w wodzie nieba,
roztapia zieloność.
Zostaję z Aniołem,
wypatrując
mojej gwiazdy.

Procto... co? Proctomina!

Po prostu...
Proctomina

Nowość w serii!

Nowość w serii!

MAŚĆ



- ◆ Tlenochlorek bizmutu (III)
- ◆ Tlenek cynku

PIANKA DO MYCIA



- ◆ Aloe
- ◆ Oczar wirginijski

CZOPKI



- ◆ *Bismuthi subgallas* (Bizmutu galusan zasadowy)
- ◆ *Zinci oxidum* (Tlenek cynku)
- ◆ *Tanninum* (Tanina)

ŻEL CHŁODZĄCY



- ◆ Aloe
- ◆ Oczar wirginijski

FARMINA SP. Z O.O.
UL. LIPSKA 44
30-721 KRAKÓW
www.farmina.pl

Proctomina, czopki doodbytnicze 1,5 g. Skład 1 czopka: *Bismuthi subgallas* 200 mg, *Zinci oxidum* 100 mg, *Tanninum* 150 mg, *Massa suppositoriae* ad 1500 mg. Wskazania: lek o działaniu ściągającym, stosowany w leczeniu dolegliwości takich jak ból, świąd, towarzyszący chorobie hemoroidalnej (guzkom krwawiczym). Lek łagodzi stany zapalne oraz podrażnienia błony śluzowej odbytu. Ostrzeżenia i środki ostrożności: jeżeli wystąpi krwawienie z odbytu lub znaczne nasilenie dolegliwości bólowych należy skonsultować się z lekarzem. Może wystąpić zmiana koloru kału na czarny ze względu na zawarty w produkcie zasadowy galusan bizmutu. Dawkowanie: lek Proctomina należy stosować doodbytniczo. Dorosli: 1 czopek 1–2 razy dziennie. Przeciwwskazania: nadwrażliwość na którykolwiek składnik produktu. Lek dostępny bez recepty. Pozwolenie nr: 23340.