**Cod formular specific: L02BX03.1**

 **FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI ABIRATERONUM**

 **- carcinom al prostatei (CP) indicaţie post chimioterapie -**

 **SECŢIUNEA I - DATE GENERALE**

 **1. Unitatea medicală: ....................................................**

 **2. CAS/nr. contract: .........../............**

 **\_ \_ \_ \_ \_ \_**

 **3. Cod parafă medic: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|**

 **4. Nume şi prenume pacient: ..............................................**

 **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

 **CNP/CID: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|**

 **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

 **5. FO/RC: |\_|\_|\_|\_|\_|\_| în data: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|**

 **6. S-a completat "Secţiunea II - date medicale" din Formularul specific cu codul: ..............**

 \_ \_ \_

 **7. Tip evaluare:** |\_| iniţiere |\_| continuare |\_| întrerupere

 **8. Încadrare medicament recomandat în Listă:**

 \_ \_ \_ \_

 |\_| boala cronică (sublista C secţiunea C1), cod G: |\_|\_|\_|

 \_ \_ \_ \_ \_

 |\_| PNS (sublista C secţiunea C2), nr. PNS: |\_|\_|\_|\_|, cod de diagnostic

 \_ \_ \_

 (varianta 999 coduri de boală), după caz: |\_|\_|\_|

 \_

 |\_| ICD10 (sublista A, B, C secţiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic

 \_ \_ \_

 (varianta 999 coduri de boală): |\_|\_|\_|

 **9. DCI recomandat:** 1) ...................... **DC** (după caz) ...............

 2) ...................... **DC** (după caz) ...............

 **10. \* Perioada de administrare a tratamentului:**

 \_ \_ \_

 |\_| 3 luni |\_| 6 luni |\_| 12 luni,

 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 **de la:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **până la:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 **11. Data întreruperii tratamentului:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

 **12. Pacientul a semnat declaraţia pe propria răspundere conform modelului prevăzut în Ordin:**

 \_ \_

 |\_| DA |\_| NU

 \* Nu se completează dacă la "**tip evaluare**" este bifat "**întrerupere**"!

 **SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE** Cod formular specific **L02BX03.1**

 **A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

 \_ \_

 **1.** Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată: |\_| DA |\_| NU

 **2.** Diagnostic de adenocarcinom al prostatei confirmat histopatologic:

 \_ \_

 |\_| DA |\_| NU

 \_ \_

 **3.** Boala metastazată: |\_| DA |\_| NU

 **4.** Sunt eligibili pacienţii care îndeplinesc simultan următoarele condiţii:

 \_ \_

 |\_| DA |\_| NU

 - Dovada hormonorezistenţei, adică progresia bolii în timpul tratamentului hormonal de primă linie, blocada androgenică totală

 \_

 |\_|

 - Tratament anterior cu docetaxel, sub care/în urma căruia boala a evoluat (evoluţia sub/după docetaxel este definită fie biochimic - 2 creşteri succesive ale PSA, fie imagistic - progresie radiologică cu/fără creşterea PSA, fie ambele)

 \_

 |\_|

 **5.** Deprivare androgenică - testosteron seric de 50 ng per dl sau mai puţin (</= 2.0 nmol per litru):

 \_ \_

 |\_| DA |\_| NU

 \_ \_

 **6.** Status de performanţă ECOG 0, 1 sau 2: |\_| DA |\_| NU

 **7.** Funcţii medulară hematoformatoare, hepatică şi renală adecvate, valori ale transaminazelor mai mici de 2,5 ori limita superioară a valorilor normale (iar pentru pacienţii care prezintă determinări secundare hepatice, mai mici de 5 ori faţă de limita superioară a valorilor normale):

 \_ \_

 |\_| DA |\_| NU

 **B. CRITERII DE EXCLUDERE PENTRU TRATAMENT**

 (toate criteriile cumulativ cu bifă NU)

 \_ \_

 **1.** Hipersensibilitate cunoscută la abirateron sau excipienţi |\_| DA |\_| NU

 \_ \_

 **2.** Istoric de disfuncţie adrenală sau hipofizară |\_| DA |\_| NU

 \_ \_

 **3.** Hipertensiune arterială necontrolabilă |\_| DA |\_| NU

 **4.** Hepatită virală activă sau simptomatică sau boala cronică hepatică

 \_ \_

 |\_| DA |\_| NU

 \_ \_

 **5.** Insuficienţă hepatică severă, insuficienţă renală severă |\_| DA |\_| NU

 \_ \_

 **6.** Afecţiune cardiovasculară semnificativă |\_| DA |\_| NU

 **7.** Tratament cu antagonişti ai receptorilor de androgeni, inhibitor de 5α reductază, estrogen sau chimioterapie timp de 4 săptămâni anterior începerii tratamentului cu abirateronă

 \_ \_

 |\_| DA |\_| NU

 **8.** Metastaze cerebrale (netratate sau instabile clinic) sau meningita carcinomatoasă progresivă

 \_ \_

 |\_| DA |\_| NU

 **C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

 (toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)

 **1.** Statusul bolii la data evaluării - demonstrează beneficiu terapeutic:

 \_

 A. Remisiune completă (imagistic) |\_|

 \_

 B. Remisiune parţială (imagistic) |\_|

 \_

 C. Boală stabilă (imagistic şi/sau biochimic) |\_|

 \_

 D. Remisiune biochimică |\_|

 \_

 E. Beneficiu clinic |\_|

 **2.** Starea clinică a pacientului permite continuarea tratamentului:

 \_ \_

 |\_| DA |\_| NU

 **3.** Probele biologice permit continuarea tratamentului în condiţii de siguranţă:

 \_ \_

 |\_| DA |\_| NU

 **4.** Funcţii medulară hematoformatoare, hepatică şi renală adecvate:

 \_ \_

 |\_| DA |\_| NU

 **D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

 (oricare din aceste criterii - cel puţin două din trei criterii de progresie trebuie să fie îndeplinite)

 \_

 **1.** Lipsa beneficiului terapeutic definită astfel: |\_|

 a. **Progresie radiologică** (CT/RMN/scintigrafiei osoase)

 \_

 **1.** Apariţia a minim 2 leziuni noi, osoase |\_| SAU

 **2.** Progresia la nivelul ganglionilor limfatici/alte leziuni de

părţi moi, în conformitate cu criteriile RECIST - creştere cu minim 20% a

 \_

volumului tumoral sau apariţia a minim o leziune nouă, |\_| SAU

 b. **Progresie clinică** (simptomatologie evidentă care

atestă evoluţia bolii): fractura pe os patologic, compresiune medulară,

creşterea intensităţii durerii (creşterea doza opioid/obiectivată prin

chestionar de calitatea vieţii, necesitatea iradierii paliative sau a

 \_

tratamentului chirurgical paliativ pentru metastaze osoase etc., |\_| SAU

 c. **Progresia valorii PSA:** creştere confirmată cu 25% faţă de

 \_

valoarea anterioară |\_|

 \_

 2. **Deces** |\_|

 \_

 3. **Efecte secundare inacceptabile** pentru continuarea tratamentului |\_|

 \_

 4. **Decizia medicului**, cauza fiind: ............................. |\_|

 \_

 5. **Decizia pacientului**, cauza fiind: ........................... |\_|

 Subsemnatul, dr. ............................., răspund de realitatea şi exactitatea completării prezentului formular.

 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 Data: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Semnătura şi parafa medicului curant

 Originalul dosarului pacientului, împreună cu toate documentele anexate (evaluări clinice şi buletine de laborator sau imagistice, consimţământul informat, declaraţia pe propria răspundere a pacientului, formularul specific, confirmarea înregistrării formularului etc.), constituie documentul-sursă faţă de care se poate face auditarea/controlul datelor completate în formular.