

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC  
PENTRU PSORIAZIS – AGENȚI BIOLOGICI**

**SECȚIUNEA I - DATE GENERALE**

1. Unitatea medicală: .....

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

3. Cod parafă medic:      

4. Nume și prenume pacient: .....

CNP / CID:                    5. FO / RC:       în data:      

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

7. Tip evaluare:  inițiere  continuare  întrerupere

8. Încadrare medicament recomandat în Listă:

 boala cronică (sublista C secțiunea C1), cod G:    PNS (sublista C secțiunea C2), nr. PNS:    , cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală*), după caz:    ICD10 (sublista A, B, C secțiunea 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 lunide la:          11. Data întreruperii tratamentului:      

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

 DA  NU

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

**A. CRITERII DE ELIGIBILITATE ÎN RECOMANDAREA TRATAMENTULUI CU PRODUSE BIOLOGICE ÎN PSORIAZISUL CRONIC SEVER (inițiere și continuare)**

1. Pacientul a fost introdus în Registrul Național de Dermatologie  DA  NU
2. Terapia convențională conform protocolului în ultimele 12 luni  DA  NU
3. PASI inițial  $\geq 10$   DA  NU
4. PASI actual  $\leq 50\%$  PASI inițial  DA  NU
5. DLQI inițial  $\geq 10$   DA  NU
6. DLQI actual  $\leq 5$  DLQI inițial  DA  NU
7. Afectare zone speciale: – scalp  DA  NU  
 – unghii  DA  NU  
 – palmoplantar  DA  NU  
 – genital  DA  NU  
 – inversat (pliuri)  DA  NU
8. Suprafața zonelor speciale afectate  $\leq 50\%$  față de momentul inițierii terapiei:  
 - scalp  DA  NU  
 - unghii  DA  NU  
 - palmoplantar  DA  NU  
 - genital  DA  NU  
 - inversat  DA  NU
9. Ex. Histopatologic de PSO vulgar  DA  NU
10. Analize conform protocolului:  
 - HLG  - TGP  - GGT  - Uree   
 - VSH  - Creatinină  - Ag HBs  - Electroliți   
 - TGO  - Ex. Sumar urină  - Ac antiHVC
11. Testare TB conform protocolului  DA  NU
12. Rx. Pulmonar  DA  NU
13. Chimioprofilaxie  DA  NU
14. Consimțământul pacientului conform protocolului  DA  NU
15. Formular DLQI conform protocolului  DA  NU

**B. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

- 1. motive medicale
- 2. voluntar
- 3. reacții adverse
- 4. tratament ineficient

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

Data:

Semnătura și parafa medicului curant

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