

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI RITUXIMABUM****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 luni  12 luni,de la:  până 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 INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)**

**a) Linia I**

DA  NU

1. Limfom nonHodgkin difuz cu celula mare B CD20+, în asociere cu chimioterapia CHOP sau CHOP-like

DA  NU

2. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV, netratat anterior, în asociere cu chimioterapie

DA  NU

3. Leucemia limfatică cronică CD20+ netratată anterior în asociere cu chimioterapie

DA  NU

4. Alte tipuri de limfoame CD20+ (limfom de manta, limfom Burkitt, etc)

DA  NU

5. Metoda de diagnostic:

a. Hemoleucograma+FL

b. ex. medular

c. imunofenotipare prin citometrie în flux

**sau**

d. examen histopatologic cu imunohistochimie

e. testare infecție cu virusul hepatitic B

6. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de pacient

DA  NU

**b) Linia II + Reinițiere**

DA  NU

1. Limfom nonHodgkin difuz cu celula mare B CD20+, în asociere cu chimioterapia

DA  NU

2. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV chimiorezistent, în asociere cu chimioterapie

DA  NU

3. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV chimiorezistent, în monoterapie

DA  NU

4. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV care a recidivat  $\geq 2$  ori după chimioterapie, în asociere cu chimioterapie

DA  NU

5. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV ce a recidivat  $\geq 2$  ori după chimioterapie, în monoterapie

DA  NU

6. Leucemia limfatică cronică CD20+ recăzută, în asociere cu chimioterapie

DA  NU

7. Alte tipuri de limfoame CD20+ (limfom de manta, limfom Burkitt, etc)

DA  NU

8. Metoda de diagnostic:

a. Hemoleucograma+FL

b. ex. medular

c. imunofenotipare prin citometrie în flux

**sau**

- d. examen histopatologic cu imunohistochimie
- e. testare infecție cu virusul hepatitic B
9. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de pacient  DA  NU
- c) Menținere**  DA  NU
1. Limfomul folicular CD20+ netratat anterior care a răspuns la terapia de inducție (administrat la 2 -3 luni, timp de 2 ani)  DA  NU
2. Limfomul folicular CD20+ refractar care a răspuns la tratamentul de inducție (administrat la 2 -3 luni, timp de 2 ani)  DA  NU
3. Limfomul folicular CD20+ recidivat care a răspuns la tratamentul de inducție (administrat la 2-3 luni, timp de 2 ani)  DA  NU
4. Metoda de diagnostic:
- a. Hemoleucograma+FL
- b. ex. clinic

## **B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

1. Infecții severe, active
2. Hepatită cronică VHB+ activă

## **C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

1. Metoda de evaluare:
- a. Hemoleucograma
- b. ex. clinic
2. Evoluția sub tratament:
- favorabilă
- staționară
- progresie

## **D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

1. Progresia bolii sub tratament și pierderea beneficiului clinic
2. Toxicitate inacceptabilă
3. Reactivare hepatita B
4. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare

5. Deces

6. Alte cauze

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.