**ORDIN Nr. 141/2017 din 28 februarie 2017**

**privind aprobarea formularelor specifice pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate aferente protocoalelor terapeutice pentru medicamentele notate cu (\*\*)1, (\*\*)1Ω şi (\*\*)1β în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, şi a metodologiei de transmitere a acestora în platforma informatică din asigurările de sănătate**

*Text în vigoare începând cu data de 23 iulie 2018*

*Text actualizat prin produsul informatic legislativ LEX EXPERT în baza actelor normative modificatoare, publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I, până la 23 iulie 2018.*

***Act de bază***

**#B**: *Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 141/2017, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 151 bis din 28 februarie 2017*

***Acte modificatoare***

**#M1**: *Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 152/2017*

**#M2**: *Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 271/2017*

**#M3**: *Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 310/2017*

**#M4**: *Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 406/2017*

**#M5**: *Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 820/2017*

**#M6**: *Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1187/2017*

**#M7**: *Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1229/2017*

**#M8**: *Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 301/2018*

**#M9**: *Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1139/2018*

**#M10**: *Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1158/2018*

*Modificările şi completările efectuate prin actele normative enumerate mai sus sunt scrise cu font italic. În faţa fiecărei modificări sau completări este indicat actul normativ care a efectuat modificarea sau completarea respectivă, în forma* ***#M1****,* ***#M2*** *etc.*

**#B**

Având în vedere:

- art. 56, art. 278 alin. (1) şi art. 280 alin. (1) lit. b) şi e) şi din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

- art. 5 alin. (1) pct. 25 - 27, art. 8, art. 18 pct. 17 şi art. 37 din Statutul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările şi completările ulterioare;

- Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare;

- Hotărârea Guvernului nr. 18/2017 pentru modificarea şi completarea Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, precum şi pentru modificarea şi completarea unor alte acte normative în domeniul sănătăţii;

- Referatul de aprobare nr. 268 din 28 februarie 2017 al directorului general al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul dispoziţiilor:

- art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările şi completările ulterioare,

**preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate** emite următorul ordin:

ART. 1

(1) Se aprobă formularele specifice pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate aferente protocoalelor terapeutice, denumite în continuare formulare specifice, pentru medicamentele notate cu (\*\*)1, (\*\*)1Ω şi (\*\*)1β în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, prevăzute în anexa nr. 1.

(2) Formularele specifice transpun prevederile protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 2

(1) Iniţierea şi continuarea tratamentului specific unor afecţiuni cu medicamentele prevăzute la art. 1 pentru care sunt aprobate formulare specifice se realizează în conformitate cu metodologia de transmitere în platforma informatică din asigurările de sănătate, prevăzută în anexa nr. 2.

(2) Până la data implementării modalităţii de transmitere a cererii online în platforma informatică din asigurările de sănătate pentru înregistrarea formularului specific, transmiterea acestuia se va realiza în conformitate cu prevederile art. 4 din anexa nr. 2.

(3) Iniţierea şi continuarea tratamentului specific unor afecţiuni cu medicamentele prevăzute la art. 1 pentru care nu sunt aprobate formulare specifice se realizează cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008, cu modificările şi completările ulterioare.

(4) Deciziile de aprobare emise de comisiile de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate până la data intrării în vigoare a prezentului ordin îşi menţin valabilitatea până la data înscrisă pe decizie. În situaţia în care medicul curant, raportat la evoluţia sub tratament a afecţiunii, decide continuarea/întreruperea/schimbarea tratamentului cu un medicament prevăzut la art. 1, pentru care este aprobat formular specific, aceasta se realizează în conformitate cu metodologia de transmitere în platforma informatică din asigurările de sănătate prevăzută în anexa nr. 2.

ART. 3

Se aprobă modelul de declaraţie pe propria răspundere a pacientului, prevăzut în anexa nr. 3, prin care se declară medicul curant în evidenţa căruia se află acesta şi tratamentul pe care îl urmează.

ART. 4

Anexele nr. 1 - 3 fac parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 5

Casele de asigurări de sănătate, precum şi furnizorii de servicii medicale care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a pune în aplicare şi de a respecta prevederile prezentului ordin.

ART. 6

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, şi pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro şi intră în vigoare începând cu data de 1 martie 2017.

ANEXA 1

**LISTA**

**formularelor specifice pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate aferente protocoalelor terapeutice pentru medicamentele notate cu (\*\*)1, (\*\*)1Ω şi (\*\*)1β în lista aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008**

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

|Nr. | Cod | DCI/afecţiune |

|crt.| formular | |

| | specific | |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 1 | A001E | ORLISTATUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 2 | A008E | IMIGLUCERASUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 3 | B02BX04 | ROMIPLOSTINUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 4 | H005E | ACROMEGALIE ŞI GIGANTISM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 5 | H006C | TUMORI NEUROENDOCRINE |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 6 | L004C.1 | BEVACIZUMABUM - cancer mamar |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 7 | L004C.2 | BEVACIZUMABUM - cancer colorectal |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 8 | L004C.3 | BEVACIZUMABUM - cancer renal |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 9 | L004C.4 | BEVACIZUMABUM - cancer pulmonar |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 10 | L008C.1 | IMATINIBUM - hematologie |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 11 | L008C.2 | IMATINIBUM - dermatofibrosarcom |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 12 | L008C.3 | IMATINIBUM - GIST |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 13 | L012C | BORTEZOMIBUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 14 | L014C | RITUXIMABUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 15 | L01BB06 | CLOFARABINUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 16 | L01BB07 | NELARABINUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 17 | L01BC07 | AZACITIDINUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 18 | L01BC08 | DECITABINUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 19 | L01CX01.1| TRABECTEDINUM - cancer ovarian |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 20 | L01CX01.2| TRABECTEDINUM - sarcom |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 21 | L01XC08 | PANITUMUMABUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 22 | L01XC10 | OFATUMUMAB |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 23 | L01XC12 | BRENTUXIMAB VEDOTIN |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 24 | L01XE06 | DASATINIBUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

**#M8**

*| 25 | L01XE07 | LAPATINIBUM - linia I în asociere cu |*

*| | | tratament hormonal |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

**#B**

| 26 | L01XE08 | NILOTINIBUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 27 | L01XE10 | EVEROLIMUS (VOTUBIA) |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 28 | L01XE10A | EVEROLIMUS (AFINITOR) |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 29 | L01XE11.1| PAZOPANIBUM - carcinom renal |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 30 | L01XE11.2| PAZOPANIBUM - sarcom de părţi moi, |

| | | subtipuri selectate |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 31 | L01XE13 | AFATINIBUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 32 | L01XE14 | BOSUTINIBUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 33 | L01XE16 | CRIZOTINIBUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 34 | L01XE17 | AXITINIBUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 35 | L01XE18 | RUXOLITINIBUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 36 | L01XE23 | DABRAFENIBUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 37 | L01XE27 | IBRUTINIBUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 38 | L01XX44 | AFLIBERCEPTUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 39 | L01XX46 | OLAPARIBUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 40 | L026C.1 | TRASTUZUMABUM - neoplasm mamar, terapie |

| | | adjuvantă |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 41 | L026C.2 | TRASTUZUMABUM - neoplasm mamar, terapie |

| | | neoadjuvantă |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 42 | L02BX03.1| ABIRATERONUM - post-chimio |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 43 | L02BX03.2| ABIRATERONUM - pre-chimio |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 44 | L031C.1 | ERLOTINIBUM - carcinom pancreatic |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 45 | L031C.2 | ERLOTINIBUM - carcinom pulmonar |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 46 | L033C | TRASTUZUMABUM - neoplasm mamar metastatic |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 47 | L037C.1 | CETUXIMABUM - cancer cap şi gât |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 48 | L037C.2 | CETUXIMABUM - cancer colorectal |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 49 | L038C.1 | SORAFENIBUM - carcinom hepato-celular |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 50 | L038C.2 | SORAFENIBUM - carcinom renal |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 51 | L038C.3 | SORAFENIBUM - carcinom tiroidian |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 52 | L039M | ARTRITA IDIOPATICĂ JUVENILĂ - AGENŢI |

| | | BIOLOGICI |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 53 | L040M | ARTROPATIA PSORIAZICĂ - AGENŢI BIOLOGICI |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 54 | L041M | SPONDILITA ANCHILOZANTĂ - AGENŢI BIOLOGICI |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 55 | L042C.1 | SUNITINIBUM - carcinom renal |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 56 | L042C.2 | SUNITINIBUM - GIST |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 57 | L043M | POLIARTRITA REUMATOIDĂ - AGENŢI BIOLOGICI |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 58 | L044L | PSORIAZIS - AGENŢI BIOLOGICI |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 59 | L047C.1 | PEMETREXEDUM - mezoteliom |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 60 | L047C.2 | PEMETREXEDUM - carcinom pulmonar |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 61 | L04AX02 | TALIDOMIDUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 62 | BO2BX05 | ELTROMBOPAG |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 63 | L01XC15 | OBINUTUZUMAB |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 64 | L01XE24 | PONATINIBUM |

|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

**#M2**

*| 65 |A16AX07S.1| SAPROPTERINUM - hiperfenilalaninemia din |*

*| | | fenilcetonurie |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 66 |A16AX07S.2| SAPROPTERINUM - hiperfenilalaninemia |*

*| | | non-PKU prin deficit de BH4 |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

**#M3**

*| 67 | J05AX65- | COMBINAŢII (SOFOSBUVIR + LEDIPASVIR) - |*

*| | G7.1 | pacienţi cu toleranţă la Ribavirină |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 68 | J05AX65- | COMBINAŢII (SOFOSBUVIR + LEDIPASVIR) - |*

*| | G7.2 | pacienţi cu intoleranţă/contraindicaţii la |*

*| | | Ribavirină |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 69 | J05AX65- | COMBINAŢII (SOFOSBUVIR + LEDIPASVIR) - |*

*| | G4 | pacienţi cu infecţie cu VHC posttransplant |*

*| | | hepatic |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 70 | J05AX66.1| COMBINAŢII (OMBITASVIR + PARITRAPEVIR + |*

*| | | RITONAVIR) + DASABUVIR - pacienţi cu |*

*| | | diverse forme clinice de infecţie cu VHC |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 71 | J05AX66.2| COMBINAŢII (OMBITASVIR + PARITRAPEVIR + |*

*| | | RITONAVIR) + DASABUVIR - pacienţi cu |*

*| | | infecţie cu VHC şi insuficienţă renală |*

*| | | cronică aflaţi în dializă |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 72 | L01XC17 | NIVOLUMABUM - melanom malign |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 73 | L01XE23- | COMBINAŢII: DCI DABRAFENIBUM + DCI |*

*| | 25 | TRAMETINIBUM |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 74 | L01XE15 | VEMURAFENIBUM |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 75 | L02BB04.1| ENZALUTAMIDUM - carcinom al prostatei - |*

*| | | indicaţie postchimioterapie |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 76 | L02BB04.2| ENZALUTAMIDUM - carcinom al prostatei - |*

*| | | indicaţie prechimioterapie |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 77 | L01XE02 | GEFITINIBUM |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

**#M4**

*| 78 | A16AB10 | VELAGLUCERASE ALFA |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 79 | L002G | SCLEROZA MULTIPLĂ - tratament |*

*| | | imunomodulator |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 80 | M09AX03 | ATALUREN |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

**#M5**

*| 81 | B06AC02 | ICATIBANTUM |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 82 | L01XC14 | TRASTUZUMABUM EMTASINUM |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 83 | L01XE35 | OSIMERTINIB |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

**#M6**

*| 84 | L01XC17- | NIVOLUMABUM - neoplasm bronhopulmonar, |*

*| | NSCLC | altul decât cel cu celule mici |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 85 | L01XC17- | NIVOLUMABUM - carcinom renal avansat |*

*| | RCC | |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 86 | L01XX45 | CARFILZOMIBUM |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 87 | L033C-CG | TRASTUZUMABUM - neoplasm gastric |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

**#M7**

*| 88 | N06BX13 | IDEBENONUM |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 89 | L034K | BOALA CRONICĂ INFLAMATORIE |*

*| | | INTESTINALĂ - AGENŢI BIOLOGICI |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

**#M8**

*| 90 | L01XE07- | LAPATINIBUM în asociere cu capecitabina - |*

*| | II | tratament boală metastatică |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

**#M9**

*| 91 | L01XC19 | BLINATUMOMABUM |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 92 | L01XC24 | DARATUMUMABUM |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 93 | L01XX42 | PANOBINOSTATUM |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 94 | L01XX52 | VENETOCLAX |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 95 | M09AX07 | NUSINERSENUM |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 96 | L01AA09 | BENDAMUSTINUM |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 97 | A16AX10 | ELIGLUSTAT |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*| 98 | H01AC03 | MECASERMINUM |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

**#M10**

*| 99 | L01XC18.1| PEMBROLIZUMABUM - neoplasm bronhopulmonar, |*

*| | | altul decât cel cu celule mici |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*|100 | L01XC18.2| PEMBROLIZUMABUM - melanom malign |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*|101 | L01XE33 | PALBOCICLIBUM - neoplasm mamar |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*|102 | L01XC21 | RAMUCIRUMABUM - neoplasm gastric |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*|103 | L01XC11 | IPILIMUMABUM - melanom malign avansat şi |*

*| | | metastatic |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*|104 | L01XC13 | PERTUZUMABUM - meoplasm mamar avansat în |*

*| | | asociere cu Trastuzumab şi Taxani |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*|105 | L01XC27 | OLARATUMAB - sarcom de ţesuturi moi avansat|*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

*|106 | L004C.5 | BEVACIZUMABUM - neoplasm ovarian epitelial,|*

*| | | trompe uterine sau peritoneal primar |*

*|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|*

**107**

**108**

**109**

**#B**

**Cod formular specific: A001E**

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

**- indicaţia obezitate -**

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **A001E**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

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

| \_ \_ | \_ \_ |

| **Vârsta 12 - 17 ani:** |\_| DA |\_| NU | **Vârsta 18 - 26 de ani:** |\_| DA |\_| NU |

| | |

| | (elevi, studenţi, ucenici şi nu |

| | realizează venituri): |

| | |

| **1. Caracteristici** \_ | **1. Caracteristici** \_ |

| **antropometrice:** |\_| | **antropometrice:** |\_| |

| | |

| (evaluări nu mai vechi de 1 lună) | (evaluări nu mai vechi de 1 lună) |

| \_ | \_ |

| - vârsta (ani) |\_| | - vârsta (ani) |\_| |

| \_ | \_ |

| - greutate corporală (kg) |\_| | - greutate corporală (kg) |\_| |

| \_ | \_ |

| - înălţime (cm) |\_| | - înălţime (cm) |\_| |

| | \_ |

| - circumferinţă abdominală \_ | - circumferinţă talie (cm) |\_| |

| (cm) |\_| | \_ |

| | - circumferinţă şolduri (cm) |\_| |

| **2. a) MC >/= 5 unităţi peste** | \_ |

| **percentila 95 (înscriere pe nomograme**| - raport talie/şold |\_| |

| **de creştere)** \_ | |

| |\_| | **2. a) IMC >/= 30 Kg/mp** cu mai mult de |

| | o comorbiditate asociată: \_ |

| **b) IMC >/= 3 unităţi peste percentila**| |\_| |

| **95** dar cu comorbidităţi semnificative| \_ |

| persistente în pofida terapiei | - diabet zaharat tip II |\_| |

| standard (dietă şi activitate | \_ |

| fizică): \_ | - dislipidemie |\_| |

| |\_| | \_ |

| \_ | - boală coronariană ischemică |\_| |

| - diabet zaharat |\_| | \_ |

| \_ | - HTA controlată terapeutic |\_| |

| - intoleranţă la glucoză |\_| | \_ |

| \_ | - steatoză hepatică |\_| |

| - dislipidemie |\_| | \_ |

| \_ | - steato-hepatită |\_| |

| - hipertensiune arterială |\_| | \_ |

| \_ | - apnee de somn |\_| |

| - steatoză |\_| | \_ |

| \_ | - artroze |\_| |

| - apnee de somn |\_| | \_ |

| \_ | - osteoartrite |\_| |

| - complicaţii ortopedice |\_| | \_ |

| | - hipercorticism reactiv |\_| |

| **3. Eşecul terapiei standard:** | \_ |

| \_ \_ | - tulburare gonadică |\_| |

| |\_| DA |\_| NU | |

| | **b) IMC >/= 35 Kg/mp** cu o comorbiditate|

| (nu s-a produs scădere ponderală de | asociată \_ |

| minim 5% după 12 săpt. de dietă + | |\_| |

| activitate fizică). | |

| | **c) IMC >/= 40 Kg/mp** cu sau \_ |

| **4. Evaluări complementare** | fără comorbidităţi asociate |\_| |

| (nu mai vechi de 3 luni): | |

| \_ \_ | **3. Eşecul terapiei standard:** |

| |\_| DA |\_| NU | \_ \_ |

| | |\_| DA |\_| NU |

| **a) Biochimie generală:** | |

| \_ | (nu s-a produs scădere ponderală de |

| - glicemie |\_| | minim 3% şi/sau nu s-au îmbunătăţit |

| | parametrii metabolici după 12 săpt. de|

| - test oral de toleranţă la glucoză/ | dietă + activitate fizică). |

| insulinemie a jeun \_ | |

| |\_| | **4. Evaluări complementare** |

| \_ | (nu mai vechi de 8 săpt.): |

| - colesterol total |\_| | \_ \_ |

| \_ | |\_| DA |\_| NU |

| - LDL-colesterol |\_| | |

| \_ | **a) Biochimie generală:** |

| - HDL-colesterol |\_| | \_ |

| \_ | - glicemie |\_| |

| - trigliceride serice |\_| | |

| \_ | - test de toleranţă la glucoză oral/ |

| - TGO/TGP |\_| | hemoglobină glicozilată la pacienţii |

| \_ | cu diabet zaharat \_ |

| - uree |\_| | |\_| |

| \_ | \_ |

| - creatinină |\_| | - colesterol total |\_| |

| | \_ |

| **b) Explorarea unei eventuale** | - LDL-colesterol |\_| |

| **disfuncţii endocrine:** | \_ |

| \_ | - HDL-colesterol |\_| |

| - tiroidiene |\_| | \_ |

| \_ | - trigliceride serice |\_| |

| - suprarenale |\_| | \_ |

| \_ | - TGO/TGP |\_| |

| - hipotalamice |\_| | |

| | - markeri de hepatită virală \_ |

| **c) Măsurarea TA** (comparare cu | (transaminaze crescute) |\_| |

| valorile normale pt. fiecare \_ | \_ |

| categorie de vârstă) |\_| | - uree |\_| |

| | \_ |

| | - creatinină |\_| |

| | \_ |

| | **b) EKG, Consult cardiologic** |\_| |

| | |

| | **c) Dozări hormonale:** |

| | \_ |

| | - TSH |\_| |

| | \_ |

| | - Free T4 |\_| |

| | |

| | - catecolamine plasmatice/metaboliţii |

| | lor la HTA \_ |

| | |\_| |

| | \_ |

| | - cortizol plasmatic |\_| |

| | \_ |

| | - LH |\_| |

| | \_ |

| | - FSH |\_| |

| | |

| | - PRL la femei cu dereglări \_ |

| | ale ciclului menstrual |\_| |

| | |

| | - testosteron plasmatic la \_ |

| | bărbaţi |\_| |

| | \_ |

| | - prolactină la bărbaţi |\_| |

| | |

| | **d) Ecografie utero-ovariană (la** |

| | **femeile cu dereglări ale** \_ |

| | **ciclului menstrual)** |\_| |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

**B. CRITERII DE EXCLUDERE (pentru ambele grupe de vârstă):**

\_ \_

**1. Pacienţi cu contraindicaţii la tratament cu ORLISTATUM:** |\_| DA |\_| NU

\_

- afectare renală |\_|

\_

- afectare hepatică |\_|

\_

- afectare colestatică |\_|

\_

- afectare gastrointestinală |\_|

\_

- afectare pulmonară |\_|

\_

- paciente însărcinate/care alăptează |\_|

\_ \_

**2. Pacienţi cu disfuncţii endocrine:** |\_| DA |\_| NU

\_

- tiroidiene |\_|

\_

- suprarenale |\_|

\_

- hipotalamice tumorale |\_|

**3. Pacienţi care nu întrunesc nici unul din criteriile de eficienţă terapeutică**

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4. Apariţia reacţiilor adverse/contraindicaţiilor** |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5. Apariţia sarcinii în cursul tratamentului** |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**6. Complianţă scăzută la tratament şi monitorizare** |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**7. încheierea a 12 luni de tratament** |\_| DA |\_| NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE**

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

| \_ \_ | \_ \_ |

| **Vârsta 12 - 17 ani:** |\_| DA |\_| NU | **Vârsta 18 - 26 de ani:** |\_| DA |\_| NU |

| | |

| | (elevi, studenţi, ucenici şi nu |

| | realizează venituri): |

| | |

| **1. Caracteristici antropometrice** (la | **1. Caracteristici antropometrice** (la |

| 3, 6, 9, 12 luni): \_ \_ | 3, 6, 9, 12 luni): \_ \_ |

| |\_| DA |\_| NU | |\_| DA |\_| NU |

| \_ | \_ |

| - greutate corporală (kg) |\_| | - greutate corporală (kg) |\_| |

| | \_ |

| - circumferinţă abdominală \_ | - circumferinţă talie (cm) |\_| |

| (cm) |\_| | \_ |

| | - circumferinţă şolduri (cm) |\_| |

| - IMC unităţi peste percentila 95 | \_ |

| înscrise pe nomograme de \_ | - raport talie/şold |\_| |

| creştere |\_| | \_ |

| | - IMC(kg/m2) |\_| |

| **2. Revenirea la normal a parametrilor**| |

| **metabolici:** \_ \_ | **2. Biochimie generală (ameliorarea** |

| |\_| DA |\_| NU | **parametrilor metabolici - diabet** |

| \_ | **zaharat, dislipidemie):** \_ \_ |

| - glicemie |\_| | |\_| DA |\_| NU |

| | \_ |

| - test oral de toleranţă la glucoză/ | - glicemie bazală |\_| |

| insulinemie a jeun \_ | |

| |\_| | - testul oral de toleranţă la glucoză/|

| \_ | hemoglobină glicozilată la pacienţii |

| - colesterol total |\_| | cu diabet zaharat \_ |

| \_ | |\_| |

| - LDL-colesterol |\_| | \_ |

| \_ | - colesterol total |\_| |

| - HDL-colesterol |\_| | \_ |

| \_ | - colesterol total |\_| |

| - trigliceride serice |\_| | \_ |

| \_ | - LDL-colesterol |\_| |

| - TGO/TGP |\_| | \_ |

| \_ | - HDL-colesterol |\_| |

| - uree |\_| | \_ |

| \_ | - trigliceride serice |\_| |

| - creatinină |\_| | \_ |

| \_ \_ | - TGO/TGP |\_| |

| **3. Scădere ponderală:** |\_| DA |\_| NU | |

| | **3. EKG, consult cardiologic:** |

| - minim 5% după 3 luni \_ | \_ \_ |

| tratament |\_| | |\_| DA |\_| NU |

| | \_ \_ |

| - minim 10% după 6 luni \_ | **4. Scădere ponderală:** |\_| DA |\_| NU |

| tratament |\_| | |

| | - minim 5% după 3 luni \_ |

| **4. Controlul optim al complicaţiilor:**| tratament |\_| |

| \_ \_ | |

| |\_| DA |\_| NU | - minim 10% după 6 luni \_ |

| \_ | tratament |\_| |

| - cardio-vasculare |\_| | |

| \_ | **5. Controlul optim al complicaţiilor:** |

| - ortopedice |\_| | \_ \_ |

| | |\_| DA |\_| NU |

| | \_ |

| | - cardio-vasculare |\_| |

| | \_ |

| | - ortopedice |\_| |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI (pentru ambele grupe de vârstă)**

\_

**1.** Reacţii adverse majore |\_|

**2.** Ineficienţa tratamentului (scădere ponderală minim 10% după 6 luni tratament)

\_

|\_|

\_

**3.** Lipsa complianţei pacientului |\_|

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.

**Cod formular specific: A008E**

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

**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) ...............

În doza de .......... U/kg ................. U/perfuzie, o perfuzie la 2 săptămâni interval.

**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 **A008E**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

**1. Diagnostic:** Boala Gaucher tip ..............

**- diagnostic specific:**

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

a) enzimatic\*1 ................. data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_| DA |\_| NU

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

b) molecular\*2 ................. data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_| DA |\_| NU

**2. Sunt eligibili pentru tratament pacienţii care prezintă cel puţin unul dintre criteriile de includere enumerate mai jos:**

**\_ \_**

**I. Pacienţi cu vârsta sub 18 ani** |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**a) Retard de creştere:** |\_| DA |\_| NU

\_

1) talia ............... cm/SDS ................ |\_|

\_

2) greutatea ........... kg/IMC ................ |\_|

\_ \_

**b) Organomegalie simptomatică sau disconfort mecanic:** |\_| DA |\_| NU

\_ \_

1) splenectomie: |\_| DA |\_| NU

dacă NU: \_

2) volumul splenic (cmc ....... mN\*3 ..........) |\_|

\_

3) volumul hepatic (cmc ....... mN\*4 ..........) |\_|

\_ \_

**c) Citopenie severă:** |\_| DA |\_| NU

\_

1) Hb ..... g/dl ............. < 10 g/dl |\_|

(datorată bolii Gaucher)? \_

2) trombocite .........../mmc; < 60.000/mmc |\_|

sau: \_

3) neutropenie ........../mmc; < 500/mmc |\_|

sau: \_

4) leucopenie simptomatică cu infecţii |\_|

**d) Boală osoasă simptomatică (dureri osoase, crize osoase, fracturi patologice)**

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**e) Prezenţa formei neuronopate cronice (tipul 3) sau existenţa în fratrie a unui pacient cu această formă de boală**

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

------------

\*1 valoare scăzută a β glucocerebrozidazei < 15 - 20% din valoarea martorilor

\*2 prezenţa unor mutaţii specifice bolii, în stare de homozigot sau heterozigot compus la nivelul genei β glucocerebrozidazei (localizată 1q21)

\*3 multiplu vs normal (raportare la valoarea normală; valoarea normală = [Gr. pacientului (gr) x 0,2] / 100

\*4 multiplu vs normal (raportare la valoarea normală; valoarea normală = [Gr. pacientului (gr) x 2,5] / 100

\_ \_

**I. Pacienţi cu vârsta peste 18 ani** |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**a) Somatimetrie:** |\_| DA |\_| NU

\_

1) talia ............... cm/SDS ................ |\_|

\_

2) greutatea ........... kg/IMC ................ |\_|

**b) Creştere viscerală masivă care conduce la disconfort mecanic sau infarcte:**

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

1) splenectomie: |\_| DA |\_| NU

dacă NU: \_

2) volumul splenic (cmc ....... mN\*3 ..........) |\_|

\_

3) volumul hepatic (cmc ....... mN\*4 ..........) |\_|

\_ \_

**c) Citopenie severă:** |\_| DA |\_| NU

\_

1) Hb ..... g/dl ............. < 10 g/dl |\_|

(datorată bolii Gaucher)? \_

2) trombocite .........../mmc; < 60.000/mmc |\_|

sau: \_

3) neutropenie ........../mmc; < 500/mmc |\_|

sau: \_

4) leucopenie simptomatică cu infecţii |\_|

**d) Boală osoasă activă definită prin episoade osoase recurente: fracturi patologice, crize osoase, necroză avasculară**

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**B. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI {Tratamentul se continuă toată viaţa!)**

**1. Perioada de administrare a terapiei de substituţie enzimatică:**

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

**Data iniţierii:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **până la:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**2. Evoluţia manifestărilor clinice sub tratament:**

**a) Retardul de creştere (pentru pacienţii cu vârsta sub 18 ani):**

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_

1) talia ............... cm/SDS ................ |\_|

\_

**evoluţie:** - staţionar |\_|

\_

- ameliorare |\_|

\_

- normalizare |\_|

\_

2) greutatea ........... kg/IMC ................ |\_|

\_

**evoluţie:** - staţionar |\_|

\_

- ameliorare |\_|

\_

- normalizare |\_|

\_ \_

**b) Organomegalia:** |\_| DA |\_| NU

\_ \_

1) splenectomie: |\_| DA |\_| NU

dacă NU: \_

2) volumul splenic (cmc ....... mN\*3 ..........) |\_|

\_ \_

**evoluţie:** - agravare |\_| - ameliorare |\_|

\_ \_

- staţionară |\_| - normalizare |\_|

\_

3) volumul hepatic (cmc ....... mN\*4 ..........) |\_|

\_ \_

**evoluţie:** - agravare |\_| - ameliorare |\_|

\_ \_

- staţionară |\_| - normalizare |\_|

\_ \_

**c) Citopenie:** |\_| DA |\_| NU

\_

1) Hb ............ g/dl |\_|

\_ \_

**evoluţie:** - agravare |\_| - ameliorare |\_|

\_ \_

- staţionară |\_| - normalizare |\_|

\_

2) trombocite ...../mmc |\_|

\_ \_

**evoluţie:** - agravare |\_| - ameliorare |\_|

\_ \_

- staţionară |\_| - normalizare |\_|

\_

3) neutrofile ...../mmc |\_|

\_ \_

**evoluţie:** - agravare |\_| - ameliorare |\_|

\_ \_

- staţionară |\_| - normalizare |\_|

\_ \_

**d) Boală osoasă** |\_| DA |\_| NU

1) clinic (în ultimele 6 luni): **evoluţie:** - agravare

\_

- dureri |\_| - staţionară

\_

- crize osoase |\_| - ameliorare

\_

- fracturi patologice |\_| - normalizare

2) IRM femur bilateral (se efectuează la 12 - 24 luni):

\_ \_

- infiltrare medulară |\_| **evoluţie:** - agravare |\_|

\_ \_

- leziuni litice |\_| - staţionară |\_|

\_ \_

- infarcte osoase |\_| - ameliorare |\_|

\_

- necroză vasculară |\_|

\_ \_

**3. Efecte adverse:** |\_| DA |\_| NU

\_

- absente |\_|

\_

- prezente |\_| (enumerare): ..............................................

..........................................................................

**4. Comorbidităţi importante pentru evoluţia pacientului:**

..........................................................................

**C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_

**1.** Lipsa de complianţă a pacientului |\_|

**2.** Efecte adverse severe: dispnee, tahicardie, dureri precordiale, angioedem (excepţionale de altfel în experienţa raportată la aceşti pacienţi) necontrolabile terapeutic

\_

|\_|

\_

**3.** Decesul pacientului |\_|

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.

**#M4**

***Cod formular specific: B02BX04***

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

***- indicaţia purpură trombocitopenică imună (idiopatică) cronică (PTI) -***

***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 B02BX04*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

***1.*** *Diagnostic:* ***Purpură trombocitopenică imună*** *(idiopatică)* ***cronică*** *(PTI)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Purpură trombocitopenică imună (idiopatică) cronică (PTI), refractari la alte tratamente (de exemplu: corticosteroizi, imunoglobuline) → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *probe hepatice |\_|*

***4.*** *Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Insuficienţa hepatică |\_| DA |\_| NU*

***C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

***1.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma (Număr trombocite) |\_|*

*\_*

***b.*** *probe hepatice |\_|*

***2.*** *Evoluţia sub tratament:*

*\_*

*A. favorabilă |\_|*

*\_*

*B. staţionară |\_|*

*\_*

*C. progresie |\_|*

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

***1.*** *Pierderea răspunsului după tratament administrat în intervalul de doze recomandate (după patru săptămâni de tratament cu doza maximă săptămânală de 10 µg/kg romiplostim, dacă numărul trombocitelor nu creşte la o valoare suficientă pentru a evita hemoragiile semnificative din punct de vedere clinic)*

*\_*

*|\_|*

***2.*** *Eşecul menţinerii răspunsului plachetar cu tratament administrat în intervalul de doze recomandate*

*\_*

*|\_|*

*\_*

***3.*** *Semne clinice şi biologice de insuficienţă hepatică |\_|*

*\_*

***4.*** *Necomplianţa pacientului |\_|*

*\_*

***5.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

***6.*** *Deces |\_|*

*\_*

***7.*** *Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M6**

***Cod formular specific: H005E***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU ACROMEGALIE ŞI GIGANTISM***

***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* ***H005E***

*\_ \_*

***1. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (eligibilitate)*** *|\_|* ***da*** *|\_|* ***nu***

***A. Monoterapie cu Analogi de somatostatin (Octreotidum sau Lanreotidum)***

*\_ \_*

***1.*** *1a) Adenom hipofizar operat |\_| cu rest tumoral vizibil TC/RMN |\_| sau*

*\_*

*fără rest tumoral vizibil TC/RMN |\_|*

*\_*

*1b) Adenom hipofizar neoperat |\_| cu dimensiuni >/= 20 mm, fără sindrom de*

*\_*

*compresiune optochiasmatică |\_| sau cu dimensiuni < 20 mm dar cu contraindicaţii*

*\_*

*operatorii |\_|*

*\_*

*1c) Adenom hipofizar operat şi iradiat |\_|*

*1d) Adenom hipofizar iradiat, în condiţiile persistenţei contraindicaţiilor*

*\_*

*operatorii |\_|*

*\_*

***2.*** *GH (OGTT) > 1 ng/ml |\_| sau media GH/24 ore > 2,5 ng/ml (la pacienţii cu*

*\_*

*diabet zaharat) |\_|*

*\_*

***3.*** *IGF-1 crescut |\_|*

***4.*** *Evaluări complementare:*

*\_ \_*

*a. PRL serică normală |\_| sau crescută |\_|*

*\_ \_*

*b. HbA1c normală |\_| sau crescută |\_|*

*\_*

*c. LH, FSH, E2/T la femei/bărbaţi de vârste fertile: normali |\_| sau*

*\_*

*scăzuţi |\_|*

*\_ \_*

*d. Modificări de câmp vizual da |\_| nu |\_|*

*\_ \_*

*e. Litiază biliară da |\_| nu |\_|*

*\_ \_*

*f. Cardiomiopatie da |\_| nu |\_|*

***B. Monoterapie cu Blocant de receptor GH (Pegvisomant) fără asociere cu analog de somatostatin***

*1a) Răspuns parţial la analog de somatostatin în doza maximă în asociere cu*

*\_*

*Cabergolina minim 2 mg/săpt. |\_|*

*1b) Răspuns parţial la asocierea analog de somatostatin, Cabergolina şi*

*\_*

*Pegvisomant în doză maximă |\_|*

***C. Blocant de receptor GH (Pegvisomant) în asociere cu analog de somatostatin***

*1a) Răspuns parţial la analog de somatostatin în doză maximă în asociere cu*

*\_ \_*

*Cabergolina minim 2 mg/săpt. |\_| la un pacient cu adenom hipofizar operat |\_|*

*\_*

*sau neoperat, cu dimensiuni sub 20 mm şi contraindicaţii operatorii |\_|,*

*\_*

*iradiat |\_| sau neiradiat, în cazul pacienţilor de vârste fertile, fără*

*\_*

*insuficienţă gonadotropă |\_|*

*1b) Răspuns parţial la Pegvisomant, doza maximă în monoterapie în asociere*

*\_*

*cu Cabergolina, minim 2 mg/săpt. |\_|*

*\_ \_*

***2. CRITERII DE CONTINUARE da*** *|\_|* ***nu*** *|\_|*

***A. Monoterapie cu analog de somatostatin***

*1. Tratamentul cu ......................... în doza de .....................*

*a fost iniţiat în luna .................. anul ....................: doza a fost*

*\_ \_*

*crescută la ....... |\_| da |\_| nu din luna ........... anul ................. şi*

*\_ \_*

*la ....................... |\_| da |\_| nu din luna ........... anul .............*

*2. Tratamentul cu ......................... în doza de .....................*

*a fost reluat după 2 luni pauză terapeutică (după 3 ani de control optim al*

*\_ \_*

*bolii) |\_| da |\_| nu din luna ........... anul ...................*

*3. Tratamentul cu ......................... în doza de ................... -*

*precedat de tratament cu .............. în doza de .................., care nu a*

*\_ \_*

*controlat boala începând cu luna ........... anul ................ |\_| da |\_| nu*

*4. Controlul terapeutic (IGF-1, GH) a fost obţinut sub doza de Lanreotidum de:*

*\_ \_ \_*

*|\_| PR 30 mg/14 zile |\_| PR 30 mg/7 zile |\_| AUTOGEL 120 mg/28 zile sau*

*5. Controlul terapeutic (IGF-1, GH) a fost obţinut sub doza de Octeotridum de:*

*\_ \_ \_*

*|\_| 30 mg/28 zile |\_| 30 mg/28 zile |\_| 40 mg/28 zile*

*\_*

*6. Adenomul hipofizar neoperat îşi menţine dimensiunile > 20 mm |\_| sau a*

*\_*

*scăzut < 20 mm, dar pacientul are contraindicaţii chirurgicale |\_|*

*7. Tratament asociat cu Cabergolina ..... mg/săpt. necesar controlului bolii*

*\_ \_*

*da |\_| nu |\_|*

***B. Monoterapie cu Blocant de receptor GH (Pegvisomant) fără asociere cu analog de somatostatin***

*1. Tratamentul cu Pegvisomant în doza de ..... a fost iniţiat în luna ......*

*\_ \_*

*anul .....; doza a fost crescută la ..... |\_| da |\_| nu din luna ..... anul ....*

*2. Tratamentul cu Pegvisomant în doza de ......... a fost reluat după 2 luni*

*\_ \_*

*pauză terapeutică (după 5 ani de control optim al bolii) |\_| da |\_| nu din*

*luna ....... anul ...........*

*3. Controlul terapeutic (IGF-1) a fost obţinut sub Pegvisomant în doza de:*

*\_ \_*

*|\_| 20 mg/zi |\_| 30 mg/zi*

*4. Tratament asociat cu Cabergolina ..... mg/săpt. necesar controlului bolii*

*\_ \_*

*da |\_| nu |\_|*

***C. Blocant de receptor GH (Pegvisomant) în asociere cu analog de somatostatin***

*1. Tratamentul combinat Pegvisomant în doza de ................., asociat cu*

*\_ \_*

*Octeotridum |\_| sau Lanreotidum |\_| a fost iniţiat în luna .......... anul .....*

*2. Doza de Pegvisomant a fost crescută la .............. din luna ..........*

*\_ \_*

*anul ......... |\_| da |\_| nu*

*3. Tratamentul cu Pegvisomant în doza de .............. a fost reluat după 2*

*\_ \_*

*luni pauză terapeutică (după 3 ani de control optim al bolii) |\_| da |\_| nu din*

*luna .......... anul ............*

*4. Controlul terapeutic (IGF-1) a fost obţinut prin asocierea de Pegvisomant în doza de:*

*\_ \_ \_*

*|\_| 40 mg/săpt. |\_| 60 mg/săpt. |\_| 80 mg/săpt.*

*5. Tratament asociat cu cabergolina ........... mg/săpt. necesar controlului*

*\_ \_*

*bolii da |\_| nu |\_|*

*\_ \_*

***3. CRITERII DE ÎNTRERUPERE da*** *|\_|* ***nu*** *|\_|*

***A. Analog de somatostatin***

*a) Lipsa răspunsului la doza maximă, în asociere cu cabergolina, minim*

*\_ \_*

*2 mg/săpt. da |\_| nu |\_|*

*b) Reducerea dimensiunilor adenomului hipofizar neoperat sub 20 mm la un*

*\_ \_*

*pacient fără contraindicaţii chirurgicale da |\_| nu |\_|*

*\_ \_*

*c) Complianţa scăzută la tratament da |\_| nu |\_|*

***B. Blocant de receptor GH (Pegvisomant) cu sau fără asociere cu analog de somatostatin***

*a) Creşterea titrului seric al transaminazelor hepatice la peste 3 ori*

*\_ \_*

*limita maximă a normalului da |\_| nu |\_|*

*\_*

*b) Lipsa răspunsului la asociere Pegvisomant în doză maximă, monoterapie |\_|*

*\_*

*sau în asociere cu analog de Somatostatin |\_|*

*c) Creşterea volumului tumoral hipofizar cu >/= 25 % din cel iniţial*

*\_ \_*

*da |\_| nu |\_|*

*\_ \_*

*d) Complianţa scăzută la tratament da |\_| nu |\_|*

*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.*

**#B**

**Cod formular specific: H006C**

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU TUMORILE NEUROENDOCRINE**

**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 **H006C**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

**1.** Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.a.** Diagnostic HP de tumoră neuroendocrină G1/G2 |\_| DA |\_| NU

**b.** IHC pozitivă pentru cromogranina A+/- sinaptofizină, +/- NSE

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**c.** Index de proliferare Ki-67 (valoare) ............. |\_| DA |\_| NU

**d.** Confirmare imagistică a tumorii primare/metastazelor/resturilor tumorale prezente postoperator (TC/RMN/scintigrafie de tip octreoscan/PET-CT cu radioizotopi specifici)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**e.** Elemente clinice de sindrom carcinoid |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**f.** Un marker seric specific crescut |\_| DA |\_| NU

\_

- Cromogranina A .................... |\_|

\_

- Serotonina serică ................. |\_|

\_

- 5-HIAA urinar ..................... |\_|

**SAU**

\_ \_

**3.a.** Diagnostic HP de tumoră neuroendocrină G3 |\_| DA |\_| NU

**b.** IHC pozitivă pentru cromogranina A+/- sinaptofizină, +/- NSE +

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**c.** Index de proliferare Ki-67 (valoare) ............ |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**d.** Elemente clinice de sindrom carcinoid |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**e.** Un marker seric specific crescut |\_| DA |\_| NU

\_

- Cromogranina A .................... |\_|

\_

- Serotonina serică ................. |\_|

\_

- 5-HIAA urinar ..................... |\_|

**f.** +/- Receptori pentru somatostatina demonstraţi în masă tumorală

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**SAU**

**4.a.** Tumorile neuroendocrine diferenţiate, funcţionale, cu secreţii hormonale specifice (gastrina, insulina, catecolamine, ACTH like, calcitonina)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**b.** Sindrom clinic neuroendocrin asociat |\_| DA |\_| NU

**c.** Receptori pentru somatostatina demonstraţi în masă tumorală

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**1.** Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Sarcina/alăptare |\_| DA |\_| NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

**1.** Statusul bolii la data evaluării:

\_

A. Remisiune completă |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală stabilă |\_|

\_

D. Beneficiu clinic |\_|

\_

E. Progresie |\_|

\_

F. Sindrom carcinoid |\_|

**2.** Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**3.** Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_

**1.** Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|

\_

**2.** Decizia medicului, cauza: ..................... |\_|

\_

**3.** Decizia pacientului, cauza: ................... |\_|

\_

**4.** Absenţa beneficiului clinic |\_|

\_

**5.** Deces |\_|

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.

**#M4**

***Cod formular specific: L004C.1***

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

***- indicaţia cancer mamar -***

***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* ***L004C.1***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

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

*\_ \_*

***2.*** *Diagnostic de cancer mamar confirmat histopatologic: |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Imunohistochimic/teste moleculare hibridizare pentru HER2 - negative:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Stadiu metastatic confirmat radiologic CT/RMN/PET/CT/+/- scintigrafie osoasă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- tratament de linia Ia în asociere cu paclitaxel sau capecitabina (la pacienţii care nu pot face chimioterapie cu taxani sau antaracicline); pacienţii la care s-au administrat scheme terapeutice conţinând taxani şi antracicline ca tratament adjuvant în ultimele 12 luni, trebuie excluşi din tratamentul cu bevacizumab în asociere cu capecitabina*

***5.*** *Probe biologice care să permită administrarea în asociere cu chimioterapia în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- neutrofile >/= 1.500/mm3, trombocite >/= 100.000/mm3, hemoglobină >/= 9 mg/dL, bilirubina serică </= 1,5 mg/dL, ALT şi AST </= 2 x LSN sau </= 5 x LSN în prezenţa metastazelor hepatice; creatinină serică </= 2 mg/dL; PT/PTT </= 1,5 x VN, INR </= 1,5 x VN; proteinuria absentă (dipstick)*

*\_ \_*

***6.*** *Indice de performanţă ECOG 0-1: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *Pacienţi cu vârsta peste 18 ani: |\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Istoric de boală cardiacă: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- Insuficienţă cardiacă > clasa II NYHA |\_|*

*\_*

*- Boală ischemică acută (infarct miocardic acut în ultimele 6 luni, angină instabilă) |\_|*

*\_*

*- Hipertensiune necontrolată medicamentos |\_|*

*\_ \_*

***2.*** *Tromboză venoasă profundă |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Proteinurie severă (grad 4 - sindrom nefrotic) |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală staţionară |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***2.*** *Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

***Pentru ca un pacient să fie eligibil pentru tratamentul cu bevacizumab, trebuie să îndeplinească simultan toate criteriile de includere (DA) şi excludere (NU).***

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L004C.2***

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

***- indicaţia cancer colorectal -***

***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* ***L004C.2***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Diagnostic de cancer de colon sau rect confirmat histopatologic:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Stadiu metastatic confirmat radiologic CT/RMN/PET/CT/\_/-scintigrafie osoasă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Cancer colorectal metastatic în asociere cu chimioterapie pe bază de fluoropirimidine (indiferent de linia de tratament) şi în monoterapie, ca tratament de întreţinere*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în asociere cu chimioterapie în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- neutrofile >/= 1,5 x 109/L, trombocite >/= 100 x 109/L şi Hemoglobină >/= 9 g/L, bilirubina serică </= 1,5 x LSN, fosfataza alcalină </= 2,5 x LSN sau </= 5 x LSN în prezenţa metastazelor hepatice; ALT şi AST </=2,5 x LSN sau </= 5 x LSN în prezenţa metastazelor hepatice; creatinină serică </= 1,5 x LSN sau clearance al creatininei > 50 mL/min*

*\_ \_*

***6.*** *Indice de performanţă ECOG 0 - 2: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *Pacienţi cu vârsta peste 18 ani: |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Tratamentul se opreşte în caz de progresie a bolii când bevacizumabum se administrează în linia a doua.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Tratamentul se opreşte în caz de a doua progresie a bolii când bevacizumabum se administrează în linia întâi.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Intervenţie chirurgicală majoră în ultimele 28 zile |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Instalarea unor efecte secundare severe: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- perforaţie gastro-intestinală |\_|*

*\_*

*- fistulă TE (traheo-esofagiană) sau orice fistulă de grad 4 |\_|*

*\_*

*- evenimente tromboembolice arteriale |\_|*

*- embolism pulmonar, care pune în pericol viaţa (gradul 4), iar pacienţii cu embolism pulmonar de grad </= 3 trebuie atent monitorizaţi.*

*\_*

*|\_|*

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

***1.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală staţionară |\_|*

*\_*

*D. Post progresie (tratament anterior cu bevacizumabum) |\_|*

***2.*** *Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile (de exemplu proteinurie grd. 4 - sindrom nefrotic)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

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

*\_*

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

***Pentru ca un pacient să fie eligibil pentru tratamentul cu bevacizumabum, trebuie să îndeplinească simultan toate criteriile de includere (DA) şi excludere (NU).***

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L004C.3***

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

***- indicaţia cancer renal -***

***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* ***L004C.3***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Diagnostic de cancer renal confirmat histopatologic cu prognostic bun sau intermediar:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Pacienţi cu carcinom renal metastatic sau local avansat chirurgical nerezecabil sau recidivat chirurgical nerezecabil ca tratament de linia Ia în asociere cu interferon alfa-2b:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Funcţie hepatică, renală şi cardiovasculară care permit administrarea tratamentului:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Pacienţi cu vârsta peste 18 ani: |\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Status de performanţă ECOG >/= 3: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Perforaţia intestinală |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Istoric de boală cardiacă: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- Insuficienţă cardiacă > clasa II NYHA |\_|*

*\_*

*- Boală ischemică acută (infarct miocardic acut în ultimele 6 luni) |\_|*

*\_*

*- Hipertensiune necontrolată medicamentos |\_|*

*\_*

*- Tromboză venoasă/condiţii trombo-embolice fără tratament |\_|*

*\_*

*- Tromboză arterială |\_|*

*\_ \_*

***5.*** *Intervenţie chirurgicală majoră în ultimele 28 zile |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***2.*** *Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Absenţa beneficiului clinic |\_|*

*\_*

***3.*** *Deces |\_|*

*\_*

***4.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

***5.*** *Decizia medicului, cauza: ..................... |\_|*

*\_*

***6.*** *Decizia pacientului, cauza: ................... |\_|*

***Pentru ca un pacient să fie eligibil pentru tratamentul cu bevacizumabum, trebuie să îndeplinească simultan toate criteriile de includere (DA) şi excludere (NU).***

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L004C.4***

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

***- indicaţia cancer pulmonar (CP) nonmicrocelular nonscuamos -***

***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* ***L004C.4***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Diagnostic de cancer pulmonar nonmicrocelular confirmat histopatologic: excluzând subtipul cu celule predominant scuamoase:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Stadiu avansat inoperabil, metastatic sau recurent confirmat radiologic CT/RMN/PET/CT/+/\_ scintigrafie osoasă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- Tratament de linia Ia în asociere cu chimioterapie cu săruri de platină*

*\_*

*|\_|*

*- Tratament de menţinere în caz de beneficiu terapeutic la chimioterapia de linia I*

*\_*

*|\_|*

***4.*** *Probe biologice care să permită administrarea în asociere cu chimioterapia în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- neutrofile >/= 1.500/mm3, trombocite >/= 100.000/mm3 şi Hemoglobină >/= 9 mg/dL, bilirubina serică </= 1,5 mg/dL, ALT şi AST </= 5 x LSN; creatinină serică </= 1,5 x LSN*

*\_ \_*

***5.*** *Indice de performanţă ECOG 0-1: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Pacienţi cu vârsta peste 18 ani: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *Tensiune arterială controlată (< 150/100 mmHg) |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Cancer pulmonar nonmicrocelular cu celule predominant scuamoase:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Metastaze cerebrale netratate |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Status de performanţă ECOG >/= 2: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Istoric de boală cardiacă: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- Insuficienţă cardiacă > clasa II NYHA |\_|*

*\_*

*- Boală ischemică acută (infarct miocardic acut în ultimele 6 luni) |\_|*

*\_*

*- Hipertensiune necontrolată medicamentos |\_|*

*\_ \_*

***6.*** *Intervenţie chirurgicală majoră în ultimele 28 zile |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *Hemoptizie recentă semnificativă |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***8.*** *Sarcină/alăptare |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală staţionară |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***2.*** *Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

***Pentru ca un pacient să fie eligibil pentru tratamentul cu bevacizumabum, trebuie să îndeplinească simultan toate criteriile de includere (DA) şi excludere (NU).***

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L008C.1***

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

***- hematologie -***

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

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

***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* ***L008C.1***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

***a) Linia 1 de tratament:*** *|\_| DA |\_| NU*

*1. LMC Phl+ -* ***faza cronică****, nou diagnosticată,* ***la care TMO nu este considerat*** *tratament de prima linie →* ***adulţi***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. LMC Phl+ -* ***faza cronică*** *după* ***eşecul cu alfa-interferon*** *→* ***adulţi***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. LMC Phl+ -* ***faza accelerată****, nou diagnosticată,* ***la care TMO nu este considerat*** *tratament de prima linie →* ***adulţi***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. LMC Phl+ -* ***faza accelerată după eşecul cu alfa-interferon*** *→* ***adulţi***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. LMC Phl+ -* ***faza blastică*** *→* ***adulţi*** *|\_| DA |\_| NU*

*6. LMC Phl+ -* ***faza cronică****, nou diagnosticată,* ***la care TMO nu este considerat*** *tratament de prima linie →* ***copii şi adolescent***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*7. LMC Phl+ -* ***faza cronică*** *după* ***eşecul cu alfa-interferon*** *→* ***copii şi adolescenţi***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*8. LMC Phl+ -* ***faza accelerată*** *→* ***copii şi adolescenţi*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*9. LMC Phl+ -* ***faza blastică*** *→* ***copii şi adolescenţi*** *|\_| DA |\_| NU*

*10.* ***LAL Phl+*** *recent diagnosticată* ***(asociat cu chimioterapie)*** *→* ***adulţi***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*11.* ***LAL Phl+*** *recidivantă/refractară* ***(monoterapie)*** *→* ***adulţi*** *|\_| DA |\_| NU*

*12.* ***LAL Phl+*** *recent diagnosticată (asociat cu chimioterapie) →* ***copii şi adolescenţi***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*13.* ***SMD/SMPC*** *+ recombinarea genei factorului de creştere derivate din trombocit* ***(FCDP-R)*** *→* ***adulţi***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*14.* ***Sindrom hipereozinofilic avansat*** *(SHE) şi/sau* ***leucemie eozinofilică cronică*** *(LEC) + recombinare* ***FIP1L1-FCDP-Rα*** *→* ***adulţi***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*15. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. citogenetic (Phl+) |\_|* ***sau***

*\_*

***d.*** *FISH |\_|* ***sau***

*\_*

***e.*** *ex. molecular (bcr-abl) |\_|*

*\_*

***f.*** *ex. molecular (rearanjament genic)\* |\_|*

*\_*

***g.*** *ex. imunofenotipic\*\* |\_|* ***sau***

*\_*

***h.*** *ex. citochimic\*\* |\_|*

*------------*

*\* Pentru SMD/SMPC sau SHE/LEC cu recombinare genică*

*\*\* LMC faza blastică sau LAL*

*16. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient/aparţinător*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***b) Linia a II-a de tratament:*** *|\_| DA |\_| NU*

*1. LMC Phl+ - faza cronică - pacient intolerant la TKI de linia 1 → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. clinic |\_|*

*3. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***B. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

***1.*** *LMC Phl+ - faza cronică → adulţi |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *LMC Phl+ - faza accelerată → adulţi |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *LMC Phl+ - faza blastică → adulţi |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *LMC Phl+ - faza cronică → copii şi adolescenţi |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *LMC Phl+ - faza accelerată → copii şi adolescenţi |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *LMC Phl+ - faza blastică → copii şi adolescenţi |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *LAL Phl+ → adulţi |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***8.*** *LAL Phl+ → copii şi adolescenţi |\_| DA |\_| NU*

***9.*** *SMD/SMPC + recombinarea genei factorului de creştere derivate din trombocit (FCDP-R) → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***10.*** *Sindrom hipereozinofilic avansat (SHE) şi/sau leucemie eozinofilică cronică (LEC) + recombinare FIP1L1-FCDP-Rα → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***11.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. citogenetic (Phl+)\* |\_|* ***sau***

*\_*

***c.*** *FISH\* |\_|* ***sau***

*\_*

***d.*** *ex. molecular (bcr-abl)\* |\_|*

*------------*

*\* La aprecierea medicului*

***12.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

***C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

*\_*

***1.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

***2.*** *Intoleranţă la tratament |\_|*

*\_*

***3.*** *Deces |\_|*

*\_*

***4.*** *Alte cauze |\_|*

*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.*

**#B**

**Cod formular specific: L008C.2**

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

**- indicaţia dermatofibrosarcomprotuberans -**

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L008C.2**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

\_ \_

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

**2.** Diagnostic de Dermatofibrosarcomprotuberans dovedit histopatologic:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**3.** Dermatofibrosarcomprotuberans inoperabil şi recidivant şi/sau metastatic, care nu este eligibil pentru tratamentul chirurgical:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Vârsta > 18 ani: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5.** Indice de performanţă ECOG 0-2: |\_| DA |\_| NU

**6.** Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_

- Hb > 9 g/dl, Le > 3.000/mm3, N > 1.500/mm3, Tr > 100.000/mm3 |\_|

- Probe hepatice: bilirubina totală < 1,5 ori limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină < 3 ori LSN pentru pacienţii fără metastaze hepatice; transaminaze (AST/SGOT şi ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină < 5 ori LSN dacă există metastaze hepatice

\_

|\_|

- Probe renale: clearance al creatininei > 45 ml/min (sau echivalent de creatinină serică)

\_

|\_|

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

\_ \_

**1.** Hipersensibilitate cunoscută la medicament: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Sarcina/alăptare: |\_| DA |\_| NU

**Perioada de administrare a tratamentului până la progresia bolii/atâta timp cât pacientul are beneficiu clinic**

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

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

**1.** Tratamentul cu **IMATINIBUM** a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**2.** Statusul bolii la data evaluării:

\_

A. Remisiune completă |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală stabilă |\_|

**3.** Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**Notă: pentru continuarea tratamentului cu Imatinib acesta trebuie să îndeplinească toate criteriile de continuare 1, 2, 3, 4 (DA) cu bifa la una din variantele de la punctul 2 (A, B, C)**

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_

**1.** Progresia bolii documentată clinic sau imagistic |\_|

\_

**2.** Absenţa beneficiului clinic |\_|

\_

**3.** Deces |\_|

\_

**4.** Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|

\_

**5.** Decizia medicului, cauza: ..................... |\_|

\_

**6.** Decizia pacientului, cauza: ................... |\_|

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.

**Cod formular specific: L008C.3**

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

**- indicaţia tumori stromalegastro-intestinale (GIST) -**

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L008C.3**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

\_ \_

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

**2.** Diagnostic de GIST (examen histopatologic şi imunohistochimicc-Kit (CD 117) pozitiv):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Tumori stromalegastro-intestinale (GIST) maligne: |\_| DA |\_| NU

\_

a. inoperabile şi/sau |\_|

\_

b. metastatice |\_|

c. adjuvant în tumorile rezecate cu risc mare/intermediar de recidivă sau metastazare

\_

|\_|

\_

• dimensiune peste 3 cm, |\_|

\_

• index mitotic crescut > 5/50 HPF |\_|

\_

• localizare extragastrică |\_|

\_

• marginile chirurgicale microscopic pozitive |\_|

\_

• ruptura tumorală spontană sau în cursul intervenţiei |\_|

**4.** Examene imagistice care să susţină stadiul local avansat sau metastatic:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5.** Vârsta > 18 ani: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**6.** Indice de performanţă ECOG 0-2: |\_| DA |\_| NU

**7.** Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_

- Hb > 9 g/dl, Le > 3.000/mm3, N > 1.500/mm3, Tr > 100.000/mm3 |\_|

- Probe hepatice: bilirubina totală < 1,5 ori limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină < 3 ori LSN pentru pacienţii fără metastaze hepatice; transaminaze (AST/SGOT şi ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină < 5 ori LSN dacă există metastaze hepatice

\_

|\_|

- Probe renale: clearance al creatininei > 45 ml/min (sau echivalent de creatinină serică)

\_

|\_|

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**1.** Tumori gastrointestinale stromale cu risc mic sau foarte mic de recidivă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Hipersensibilitate cunoscută la medicament: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Status de performanţă > 2: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Sarcina/alăptare: |\_| DA |\_| NU

**Perioada de administrare a tratamentului până la progresia bolii/atâta timp cât pacientul are beneficiu clinic**

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

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

**1.** Tratamentul cu **IMATINIBUM** a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**2.** Statusul bolii la data evaluării:

\_

A. Remisiune completă |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală stabilă |\_|

**3.** Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**Notă: pentru continuarea tratamentului cu Imatinib acesta trebuie să îndeplinească toate criteriile de continuare 1, 2, 3, 4 (DA) cu bifa la una din variantele de la punctul 2 (A, B, C)**

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_

**1.** Progresia bolii documentată clinic sau imagistic |\_|

\_

**2.** Absenţa beneficiului clinic |\_|

\_

**3.** Deces |\_|

\_

**4.** Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|

\_

**5.** Decizia medicului, cauza: ..................... |\_|

\_

**6.** Decizia pacientului, cauza: ................... |\_|

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.

**#M4**

***Cod formular specific: L012C***

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

***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* ***L012C***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

***a) Linia I*** *|\_| DA |\_| NU*

*1.* ***Mielom multiplu netratat anterior****, la pacienţii* ***adulţi****, care* ***nu sunt eligibili pentru chimioterapie în doze mari asociată cu transplant*** *de celule stem hematopoietice; în* ***asociere cu melfalan şi prednison sau în alte combinaţii terapeutice conform ghidurilor ESMO şi NCCN***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2.* ***Mielom multiplu netratat anterior****, la pacienţii* ***adulţi, eligibili pentru chimioterapie în doze mari asociată cu transplant*** *de celule stem hematopoietice, în* ***combinaţii terapeutice conform ghidurilor ESMO şi NCCN***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Metoda de diagnostic:*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. ex. medular: >/= 10% plasmocite clonale |\_|*

*\_*

*< 10% plasmocite clonale |\_|*

*\_*

*c. Electroforeza proteinelor serice + dozări + imunofixare |\_|*

*\_*

*d. lanţuri uşoare serice |\_|*

*\_*

*e. probe renale |\_|*

*\_*

*f. calcemie |\_|*

*\_*

*g. ex. imagistic |\_|*

*\_ \_*

*4. Plasmocitom - mai mult de 1 leziune |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Boală activă - criterii CRAB: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. hipercalcemie > 11,0 mg/dl |\_|*

*\_*

*b. creatinină > 2,0 mg/ml |\_|*

*\_*

*c. anemie cu Hb < 10 g/dl |\_|*

*\_*

*d. leziuni osoase active |\_|*

*\_*

*e. simptome cauzate de boala subiacentă |\_|*

*6. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***a) Linia a II-a*** *|\_| DA |\_| NU*

*1.* ***Mielom multiplu progresiv****, la pacienţii* ***adulţi****, la care s-a administrat* ***anterior cel puţin un tratament şi cărora li s-a efectuat un transplant*** *de celule stem hematopoietice* ***sau nu au indicaţie pentru un astfel de transplant; monoterapie sau în combinaţii terapeutice***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Metoda de diagnostic:*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. ex. medular: >/= 10% plasmocite clonale |\_|*

*\_*

*< 10% plasmocite clonale |\_|*

*\_*

*c. Electroforeza proteinelor serice + dozări + imunofixare |\_|*

*\_*

*d. lanţuri uşoare serice |\_|*

*\_*

*e. probe renale |\_|*

*\_*

*f. calcemie |\_|*

*\_*

*g. ex. imagistic |\_|*

*\_ \_*

*3. Boală activă - criterii CRAB: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. hipercalcemie > 11,0 mg/dl |\_|*

*\_*

*b. creatinină > 2,0 mg/ml |\_|*

*\_*

*c. anemie cu Hb < 10 g/dl |\_|*

*\_*

*d. leziuni osoase active |\_|*

*\_*

*e. simptome cauzate de boala subiacentă |\_|*

*4. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Insuficienţa hepatică severă |\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Linia I de tratament |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Linia a II-a de tratament |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *Electroforeza proteinelor serice + dozări + imunofixare\* |\_|* ***şi/sau***

*\_*

***c.*** *lanţuri uşoare serice\* |\_|*

*\_*

***d.*** *probe renale\* |\_|*

*\_*

***e.*** *calcemie\* |\_|*

*\_*

***f.*** *ex. medular\* |\_|*

*------------*

*\* Frecvenţa va fi stabilită de către medic*

***4.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

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

*\_*

*a. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

*b. Toxicitate inacceptabilă sau toxicitatea persistentă după două scăderi succesive de doză*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*c. Încheierea tratamentului |\_|*

*\_*

*d. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

*e. Deces |\_|*

*\_*

*f. Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L014C***

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

***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 L014C*

***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 grad 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 infecţie cu virusul hepatitic B |\_|*

*6. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***b) Linia II + Reiniţiere*** *|\_| 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 >/= 2 ori după chimioterapie, în asociere cu chimioterapie*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*5. Limfom folicular CD20+ stadiul III - IV ce a recidivat >/= 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 infecţie cu virusul hepatitic B |\_|*

*9. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***c) Menţinere*** *|\_| DA |\_| NU*

*1. Limfomul folicular CD20+ netratat anterior care a răspuns la terapia de inducţie (administrat la 2 - 3 luni, timp de 2 ani)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Limfomul folicular CD20+ refractar care a răspuns la tratamentul de inducţie (administrat la 2 - 3 luni, timp de 2 ani)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Limfomul folicular CD20+ recidivat care a răspuns la tratamentul de inducţie (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.*** *Infecţii severe, active |\_|*

*\_*

***2.*** *Hepatită cronică VHB+ activă |\_|*

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

***1.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. clinic |\_|*

***2.*** *Evoluţia sub tratament:*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

***C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

*\_*

***1.*** *Progresia bolii sub tratament şi 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 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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L01BB06***

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

***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 L01BB06*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

***Linia a III-a de tratament*** *|\_| DA |\_| NU*

*1.* ***Diagnostic:*** *Leucemia limfoblastică acută (LLA) la copii şi adolescenţii cu vârste </= 21 ani la momentul diagnosticului iniţial*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Leucemia limfoblastică acută (LLA) la copii şi adolescenţii cu vârste </= 21 ani la momentul diagnosticului iniţial, care au suferit o recidivă sau care sunt refractari la tratament, după primirea a cel puţin două regimuri anterioare şi pentru care nu există o altă opţiune terapeutică despre care se anticipează că va genera un răspuns durabil*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. imunofenotipic (la diagnostic sau actual) |\_|*

*\_*

***d.*** *probe hepatice (transaminaze, bilirubina) |\_|*

*\_*

***e.*** *probe renale |\_|*

*4. Declaraţie de consimţământ pentru tratament semnată de pacient sau aparţinător*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Insuficienţă renală severă |\_|*

*\_*

***2.*** *Insuficienţă hepatică severă |\_|*

*\_*

***3.*** *Alăptare |\_|*

***C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

***1.*** *Ameliorare clinică/hematologică după 2 cicluri |\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *probe hepatice (transaminaze, bilirubina) |\_|*

*\_*

***c.*** *probe renale |\_|*

*\_*

***d.*** *ex. clinic (funcţia respiratorie; TA; balanţa hidrică; greutate) |\_|*

***3.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

***2.*** *Toxicitate inacceptabilă sau toxicitatea persistentă după două scăderi succesive de doză*

*\_*

*|\_|*

*\_*

***3.*** *Alăptare |\_|*

*\_*

***4.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

***5.*** *Deces |\_|*

*\_*

***6.*** *Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L01BB07***

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

***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 L01BB07*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*1.* ***Diagnostic: a)*** *Leucemia limfoblastică acută cu celule T (LLA-T)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***b)*** *Limfom limfoblastic cu celule T (LL-T) |\_| DA |\_| NU*

*2.* ***Leucemia limfoblastică acută cu celule T*** *(LLA-T) care* ***nu a răspuns*** *în urma tratamentului cu* ***cel puţin două linii*** *de chimioterapie*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3.* ***Leucemie limfoblastică acută cu celule T*** *(LLA-T) care a suferit o* ***recădere*** *în urma tratamentului cu* ***cel puţin două linii*** *de chimioterapie*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4.* ***Limfom limfoblastic cu celule T*** *(LL-T), care* ***nu a răspuns*** *în urma tratamentului cu* ***cel puţin două linii*** *de chimioterapie*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*5.* ***Limfom limfoblastic cu celule T*** *(LL-T), care a suferit o* ***recădere*** *în urma tratamentului cu* ***cel puţin două linii*** *de chimioterapie*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*6. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. imunofenotipic (la diagnostic) |\_|* ***sau***

*\_*

***d.*** *examen histopatologic cu imunohistochimie |\_|*

*\_*

***e.*** *probe renale |\_|*

*7. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***B. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

***1.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *probe renale |\_|*

***2.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

***C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

*\_*

*a. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

*\_*

*b. Toxicitate neurologică gr. >/= 2 |\_|*

*\_*

*c. Toxicitate inacceptabilă |\_|*

*\_*

*d. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

*e. Deces |\_|*

*\_*

*f. Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L01BC07***

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

***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 L01BC07*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

*1.* ***Diagnostic: a)*** *Leucemie acută mieloidă (LAM) |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***b)*** *Leucemie mielomonocitară cronică (LMMC) |\_| DA |\_| NU*

***c)*** *Sindroame mielodisplazice cu risc intermediar-2 şi mare*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2.* ***Leucemie acută mieloidă (LAM) cu 20 - 30% blaşti şi linii multiple de displazie****, conform clasificării OMS → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3.* ***Leucemie mielomonocitară cronică*** *(LMMC)* ***cu 10 - 19% blaşti medulari, fără boală mieloproliferativă*** *şi* ***neeligibili pentru transplantul*** *de celule stem hematopoietice → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4.* ***Sindroame mielodisplazice cu risc intermediar-2 şi mare****, conform sistemului internaţional de punctaj referitor la prognostic (IPSS clasic, Greenberg 1997/98),* ***neeligibili pentru transplantul*** *de celule stem hematopoietice → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*5. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. imunofenotipic |\_|*

*\_*

***d.*** *ex. citogenetic |\_|*

*\_*

***e.*** *IPSS |\_|*

*6. Declaraţie de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Sarcină |\_|*

*\_*

***2.*** *Alăptare |\_|*

*\_*

***3.*** *Tumori maligne hepatice |\_|*

***C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

***1.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular\* |\_|*

***2.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

*------------*

*\* La aprecierea medicului*

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

*\_*

***1.*** *Reacţii adverse de tip anafilactic |\_|*

*\_*

***2.*** *Alte reacţii adverse severe |\_|*

*\_*

***3.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

***4.*** *Deces |\_|*

*\_*

***5.*** *Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L01BC08***

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

***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 L01BC08*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

*1.* ***Diagnostic:*** *Leucemia mieloidă acută (LMA) |\_| DA |\_| NU*

*2. Leucemia mieloidă acută (LMA) de novo sau secundară (în conformitate cu clasificarea Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii), nou diagnosticată, la pacienţi adulţi, care nu sunt candidaţi pentru chimioterapia standard de inducţie*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. imunofenotipic |\_|*

*\_*

***d.*** *examen cardiologic |\_|*

*\_*

***e.*** *probe renale |\_|*

*\_*

***f.*** *probe hepatice |\_|*

*4. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*Insuficienţă cardiacă congestivă severă sau boală cardiacă instabilă clinic*

*\_*

*|\_|*

***C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

***1.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *Ex. medular\* |\_|*

*\_*

***c.*** *Probe renale\* |\_|*

*\_*

***d.*** *Probe hepatice\* |\_|*

*\_*

***e.*** *Ex. clinic |\_|*

***2.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

*------------*

*\* La aprecierea medicului*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

*\_*

***2.*** *Toxicitate inacceptabilă |\_|*

*\_*

***3.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

***4.*** *Deces |\_|*

*\_*

*5. Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L01CX01.1***

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

***- indicaţia cancer ovarian -***

***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 L01CX01.1*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

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

***2.*** *Diagnostic de cancer ovarian sensibil la sărurile de platină, în caz de recădere, în combinaţie cu doxorubicina lipozomală pegilată:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- HLG - Hb > 9 g/dl, N > 1.500/mm3, Tr > 100.000/mm3; |\_|*

*- Probe hepatice: bilirubina totală - limita superioară a valorilor normale (LSVN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină - de 2,5 ori limita superioară a valorilor normale, albumina peste 2,5 g/l;*

*\_*

*|\_|*

*- Probe renale: clearance al creatininei minim 30 ml/min, creatinina </= 1,5 mg/dl; CPK (creatinfosfokinaza), maximum 2,5 ori LVSN.*

*\_*

*|\_|*

*\_ \_*

***4.*** *Pacienţi cu vârsta peste 18 ani: |\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă: |\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Parametrii hematologici cu valori inferioare celor prezentate la criteriile de includere:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Parametrii ai biochimiei hepatice cu valori peste cei prezentaţi la criteriile de includere:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

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

***1.*** *Tratamentul cu* ***TRABECTEDINUM*** *a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

***2.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***3.*** *Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului - monitorizare:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Probele biologice (HLG, biochimie hepatică în limite care permit administrarea în continuare a tratamentului):*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L01CX01.2***

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

***- indicaţia sarcom de ţesuturi moi -***

***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* ***L01CX01.2***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

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

***2.*** *Diagnostic histopatologic de sarcom de ţesuturi moi (subtipurile: liposarcom şi leiomiosarcom) în stadii avansate: \_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *După eşecul terapeutic al regimurilor cu ifosfamida şi/sau antracicline sau la pacienţii care nu sunt eligibili pentru aceste regimuri:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- HLG - Hb > 9 g/dl, N > 1.500/mm3, Tr > 100.000/mm3 |\_|*

*- Probe hepatice: bilirubina totală < LSN - limita superioară a valorilor normale (LSVN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină >/= 2,5 ori limita superioară a valorilor normale, albumina >/= 2,5 g/l;*

*\_*

*|\_|*

*- Probe renale: clearance al creatininei >/= 30 ml/min, creatinina </= 1,5 mg/dl; CPK (creatinfosfokinaza), maximum 2,5 ori LVSN*

*\_*

*|\_|*

*\_ \_*

***5.*** *Pacienţi cu vârsta peste 18 ani: |\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă: |\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Parametrii hematologici cu valori inferioare celor prezentate la criteriile de includere:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Parametrii ai biochimiei hepatice cu valori peste cei prezentaţi la criteriile de includere:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

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

***1.*** *Tratamentul cu* ***TRABECTEDINUM*** *a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

***2.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***3.*** *Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului - monitorizare:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Probele biologice (HLG, biochimie hepatică în limite care permit administrarea în continuare a tratamentului):*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M8**

***Cod formular specific: L01XC08***

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

***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* ***L01XC08***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

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

***2.*** *Dovada diagnosticului de cancer colorectal: examen histopatologic:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Dovada de boală metastatică: CT/RMN/PET/CT/scintigrafie osoasă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Sunt eligibile pentru tratament următoarele categorii de pacienţi:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- prima linie de tratament în asociere cu FOLFOX/FOLFIRI |\_|*

*- linia a 2-a de tratament în asociere cu FOLFIRI (trataţi anterior cu regimuri pe bază de fluoropirimidine, exclusiv irinotecan)*

*\_*

*|\_|*

*- monoterapie după eşecul regimurilor de tratament pe bază de fluoropirimidine, oxaliplatin, irinotecan*

*\_*

*|\_|*

*\_ \_*

***5.*** *Prezenţa genei RAS de tip sălbatic (non mutantă): |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Indice de performanţă ECOG 0-2: |\_| DA |\_| NU*

***7.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- Număr absolut de neutrofile >/= 1500/mm3 |\_|*

*\_*

*- Număr de trombocite >/= 100000/mm3 |\_|*

*- Aspartat aminotransferaza (AST) </= 3 x limita superioară a valorilor normale (iar în cazul prezenţei metastazelor hepatice, AST </= 5 x limita superioară a valorilor normale)*

*\_*

*|\_|*

*- Alanin-aminotransferaza (ALT) </= 3 x limita superioară a valorilor normale (iar în cazul prezenţei metastazelor hepatice, ALT </= 5 x limita superioară a valorilor normale)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*- Bilirubina totală </= 1.5 x limita superioară a valorilor normale |\_|*

*\_*

*- Clearance al creatininei > 50 ml/min |\_|*

*- Magneziu, calciu şi potasiu seric - valori controlabile prin tratament specific*

*\_*

*|\_|*

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

***1.*** *Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Status de performanţă ECOG >/= 3: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Sarcină/alăptare: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Tumori KRAS mutant/necunoscut: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Boală pulmonară interstiţială sau fibroză pulmonară: |\_| DA |\_| NU*

***6.*** *Infecţie prezentă ce necesită tratament sistemic sau orice infecţie necontrolată în urmă cu 14 zile:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***7.*** *Boli cardiovasculare semnificative (infarct miocardic, angină instabilă, insuficienţă cardiacă congestivă, aritmie cardiacă severă, necontrolată) în urmă cu 1 an:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***8.*** *Boală inflamatorie intestinală activă sau alte afecţiuni intestinale care determină:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***9.*** *Diaree cronică (diaree de grad > 2 conform CTCAE versiunea 3):*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***10.*** *Intervenţie chirurgicală majoră (ce necesită anestezie) în ultima lună:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***11.*** *Intervenţie chirurgicală minoră în ultimele 14 zile: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***12.*** *Radioterapie terminată în urmă cu mai puţin de 14 zile: |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Tratamentul cu* ***PANITUMUMABUM*** *a fost iniţiat la data de:*

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

*|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

***2.*** *Statusul bolii la data evaluării-demonstrează beneficiu clinic:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***3.*** *Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului - monitorizare:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M6**

***Cod formular specific: L01XC10***

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

***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 L01XC10*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

***a) Linia I*** *|\_| DA |\_| NU*

*1. Leucemia limfocitară cronică, în asociere cu clorambucil sau bendamustină, netratată anterior şi neeligibilă pentru tratamentul pe bază de fludarabină*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Pacienţi cu vârsta > 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*3. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *imunofenotipare prin citometrie în flux |\_|*

*\_*

***d.*** *examen histopatologic cu imunohistochimie |\_|*

*\_*

***e.*** *testare infecţie cu virusul hepatitic B |\_|*

*4. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***b) Linia a II-a sau linia a III-a*** *|\_| DA |\_| NU*

*1. Leucemia limfocitară cronică refractară la fludarabină şi alemtuzumab;*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Leucemia limfatică cronică recidivată: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*3. Pacienţi cu vârsta > 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*4. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *imunofenotipare prin citometrie în flux |\_|*

*\_*

***d.*** *examen histopatologic cu imunohistochimie |\_|*

*\_*

***e.*** *testare infecţie cu virusul hepatitic B |\_|*

*5. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***B. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

***1.*** *Linia I de tratament |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Linia a III a de tratament |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *probe hepatice |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. clinic (neurologic, cardiologic)\*) |\_|*

***4.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

*------------*

*\*) La aprecierea medicului*

***C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

*\_*

***1.*** *Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

*\_*

***2.*** *Toxicitate inacceptabilă |\_|*

*\_*

***3.*** *Aritmii cardiace grave |\_|*

*\_*

***4.*** *Reactivare hepatita B |\_|*

*\_*

***5.*** *Leucoencefalopatia multifocală progresivă |\_|*

*\_*

***6.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

***7.*** *Deces |\_|*

*\_*

***8.*** *Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L01XC12***

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

***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 L01XC12*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

*1.* ***Diagnostic: a)*** *Limfom Hodgkin CD30+ |\_| DA |\_| NU*

***b)*** *Limfom anaplastic cu celule mari sistemic (LACMs)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2.* ***Limfom Hodgkin CD30+ recidivat după transplant*** *de celule stem autologe (TCSA) → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3.* ***Limfom Hodgkin CD30+ refractar după transplant*** *de celule stem autologe (TCSA) → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4.* ***Limfom Hodgkin CD30+ recidivat după cel puţin două tratamente*** *anterioare, când TCSA sau chimioterapia cu mai multe medicamente nu reprezintă o opţiune de tratament → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*5.* ***Limfom Hodgkin CD30+ refractar după cel puţin două tratamente*** *anterioare, când TCSA sau chimioterapia cu mai multe medicamente nu reprezintă o opţiune de tratament → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*6.* ***Limfom Hodgkin CD30+*** *care prezintă* ***risc crescut de recidivă sau progresie după TCSA*** *→ adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*7.* ***Limfom anaplastic cu celule mari sistemic*** *(LACMs),* ***recidivat*** *→ adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*8.* ***Limfom anaplastic cu celule mari sistemic*** *(LACMs),* ***refractar*** *→ adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*9. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. histopatologic + imunohistochimie |\_|* ***sau***

*\_*

***c.*** *Puncţie-biopsie osoasă + imunohistochimie |\_|*

*\_*

***d.*** *glicemie |\_|*

*\_*

***e.*** *probe hepatice (transaminaze; FAS) |\_|*

*\_*

***f.*** *albumina |\_|*

*\_*

***g.*** *LDH |\_|*

*\_*

***h.*** *proteina C reactivă |\_|*

*\_*

***i.*** *probe renale |\_|*

*\_*

***j.*** *testare virusuri hepatitice B şi C |\_|*

*\_*

***k.*** *computer tomograf sau PET-CT |\_|*

*\_*

***l.*** *consult cardiologic |\_|*

*\_*

***m.*** *ex. neurologic |\_|*

*10. Declaraţie de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Administrare bleomicină |\_|*

***C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

***1.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *glicemie\* |\_|*

*\_*

***c.*** *probe hepatice (transaminaze; FAS)\* |\_|*

*\_*

***d.*** *albumina\* |\_|*

*\_*

***e.*** *LDH\* |\_|*

*\_*

***f.*** *proteina C reactivă\* |\_|*

*\_*

***g.*** *probe renale\* |\_|*

***2.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

*------------*

*\* Frecvenţa determinărilor va fi stabilită de medic*

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

*\_*

***1.*** *Intoleranţa la tratament |\_|*

*\_*

***2.*** *Toxicitate inacceptabilă |\_|*

*\_*

***3.*** *Leucoencefalopatie multifocală progresivă |\_|*

*\_*

***4.*** *Complianţa foarte scăzută |\_|*

*\_*

***5.*** *Progresie de boală (lipsă răspuns) |\_|*

*\_*

***6.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

***7.*** *Deces |\_|*

*\_*

***8.*** *Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L01XE06***

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

***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 L01XE06*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

***a) Linia 1 de tratament:*** *|\_| DA |\_| NU*

*1. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază cronică*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+)* ***nou diagnosticată*** *→* ***adulţi***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. citogenetic (Phl+) |\_|* ***sau***

*\_*

***d.*** *FISH |\_|* ***sau***

*\_*

***e.*** *ex. molecular (bcr-abl) |\_|*

*3. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***b) Linia 2 şi 3 de tratament:*** *|\_| DA |\_| NU*

*1. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază cronică*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) cu* ***rezistenţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază cronică*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) cu* ***intoleranţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază accelerată*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) cu* ***rezistenţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază accelerată*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) cu* ***intoleranţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*5. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază blastică*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) cu* ***rezistenţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*6. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază blastică*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) cu* ***intoleranţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*7.* ***Leucemia acută limfoblastică*** *(LAL) cu Phl+ cu* ***rezistenţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*8.* ***Leucemia acută limfoblastică*** *(LAL) cu Phl+ cu* ***intoleranţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*9.* ***Leucemia mieloidă cronică*** *(LMC) cu Phl+ în* ***fază blastică limfoidă*** *cu* ***rezistenţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*10.* ***Leucemia mieloidă cronică*** *(LMC) cu Phl+ în* ***fază blastică limfoidă*** *cu* ***intoleranţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*11. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. citogenetic (Phl+) |\_|* ***sau***

*\_*

***d.*** *FISH |\_|* ***sau***

*\_*

***e.*** *ex. molecular (bcr-abl) |\_|*

*\_*

***f.*** *Ex. imunofenotipic\* |\_|*

*\_ \_*

*12. Tratament anterior: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a) imatinib |\_|*

*\_*

*b) nilotinib |\_|*

*13. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*------------*

*\* În caz de LLA sau LMC în faza blastică*

***B. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

***1.*** *Linia I de tratament |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Linia 2 şi 3 de tratament |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

***4.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

***C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

*\_*

***1.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

***2.*** *Intoleranţă la tratament |\_|*

*\_*

***3.*** *Deces |\_|*

*\_*

***4.*** *Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M8**

***Cod formular specific: L01XE07***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI LAPATINIBUM - linia I în asociere cu tratament hormonal***

***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 L01XE07*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

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

***2.*** *Diagnostic de neoplasm mamar confirmat prin biopsie sau examen anatomopatologic postoperator şi HER2 pozitiv (IHC/determinări moleculare prin hibridizare)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Stadiul IV de boală conform clasificării TNM |\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Pacienţii adulţi cu neoplasm mamar, ale căror tumori exprimă HER2 (ErbB2) în exces - asociat cu un inhibitor de aromatază pentru femeile cu boală metastatică şi receptori hormonali prezenţi (receptori de estrogen [ER] şi/sau de progesteron [PgR]), aflate în postmenopauză, pentru care chimioterapia nu este indicată în prezent*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Paciente în postmenopauză cu receptori ER şi/sau PgR şi care nu au primit tratament anterior pentru boala metastatică dacă terapia adjuvantă cu inhibitori de aromatază şi/sau trastuzumab a încetat cu cel puţin 1 an înainte şi dacă terapia adjuvantă cu trastuzumab a încetat cu cel puţin un an înainte*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***6.*** *Fracţia de ejecţie cardiacă în intervalul valorilor normale, măsurată prin ecocardiografie (ECHO sau MUGA)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *Status de performanţă ECOG 0-2 |\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Insuficienţă cardiacă simptomatică |\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile chiar şi după reducerea dozelor sau după terapia simptomatică specifică a reacţiilor adverse apărute în timpul tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***PENTRU CA O PACIENTĂ SĂ FIE ELIGIBILĂ PENTRU TRATAMENTUL CU LAPATINIBUM TREBUIE SĂ ÎNDEPLINEASCĂ TOATE CRITERIILE DE INCLUDERE (DA) ŞI NICIUNUL DE EXCLUDERE (NU)***

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

***1.*** *Tratamentul cu* ***LAPATINIBUM*** *a fost iniţiat la data de:*

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

*|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

***2.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală staţionară |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***3.*** *Starea clinică a pacientului permite continuarea tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Probele biologice ale pacientului permit administrarea în continuare în condiţii de siguranţă a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Fracţia de ejecţie cardiacă în intervalul valorilor normale*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului*

*\_*

*|\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L01XE08***

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

***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 L01XE08*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

***a) Linia I*** *|\_| DA |\_| NU*

*1. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază cronică*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+)* ***nou diagnosticată*** *→* ***adulţi***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. citogenetic (Phl+) |\_|* ***sau***

*\_*

***d.*** *FISH |\_|* ***sau***

*\_*

***e.*** *ex. molecular (bcr-abl) |\_|*

*4. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***b) Linia a II-a şi a III-a*** *|\_| DA |\_| NU*

*1. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază cronică*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) cu* ***rezistenţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază cronică*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) cu* ***intoleranţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază accelerată*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) cu* ***rezistenţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază accelerată*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) cu* ***intoleranţă*** *la terapii anterioare → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*5. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. citogenetic (Phl+) |\_|* ***sau***

*\_*

***d.*** *ex. molecular (bcr-abl) |\_|* ***sau***

*\_*

***e. ex. FISH*** *|\_|*

*6. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*7. Tratament anterior: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a) imatinib |\_|*

*\_*

*b) dasatinib |\_|*

***B. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

***1.*** *Linia I de tratament |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Linia a II-a şi a III-a de tratament |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

***4.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

***C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

*\_*

***1.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

***2.*** *Intoleranţă la tratament |\_|*

*\_*

***3.*** *Deces |\_|*

*\_*

***4.*** *Alte cauze |\_|*

*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.*

**#B**

**Cod formular specific: L01XE10**

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI EVEROLIMUS (VOTUBIA)**

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L01XE10**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

**1.** Astrocitom subependimal cu celule gigant (ASCG) asociat complexului sclerozei tuberoase (CST)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

a. Pacientul necesită intervenţie terapeutică, dar nu poate fi supus intervenţiei

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

b. Prezenţa a cel puţin o leziune de tip astrocitom subependimal cu celule gigant (ASCG) cu diametrul maxim mai mare de 0.5 cm documentată prin examen imagistic (IRM sau CT)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

c. Creşterea ASCG argumentată prin imagini radiologice seriate

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

d. Vârsta >/= 1 an |\_| DA |\_| NU

**2.** Angiomiolipom renal asociat cu complexul sclerozei tuberoase (TSC)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

a. care prezintă riscul apariţiei de complicaţii (pe baza unor factori cum sunt dimensiunea tumorii, prezenţa anevrismului sau prezenţa tumorilor multiple sau bilaterale) dar care nu necesită intervenţie chirurgicală imediată

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

b. Leziunile AML cu diametrul maxim egal sau mai mare de 3 cm documentat prin examen imagistic (RMN sau CT)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

c. Creşterea în dimensiuni a angiolipomului argumentată prin imagini radiologice seriale

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

d. Evaluarea funcţiei renale (rata de filtrare glomerulară) |\_| DA |\_| NU

\_ \_

e. Evaluarea tensiunii arteriale |\_| DA |\_| NU

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**1.** Pacienţii cu simptomatologie acută datorată ASCG unde intervenţia chirurgicală este indicată

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**2.** Hipersensibilitate cunoscută la Everolimus sau la alţi derivaţi de rapamicină (sirolimus) sau la oricare dintre excipienţi

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

\_ \_

**1.** Metoda de evaluare: |\_| DA |\_| NU

\_

**a.** Investigaţii imagistice (CT sau RMN) |\_|

**b.** Evaluarea cel puţin anuală a funcţiei renale (incluzând rata de filtrare glomerulară) şi a tensiunii arteriale

\_

|\_|

\_ \_

**2.** Evoluţia sub tratament |\_| DA |\_| NU

\_

- favorabilă |\_|

\_

- staţionară |\_|

\_

- progresie |\_|

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_

**1.** Lipsa eficacităţii clinice (evidenţiată prin examene imagistice) |\_|

\_

**2.** Reacţii adverse severe sau contraindicaţii |\_|

\_

**3.** Lipsa de complianţă a pacientului la terapie/monitorizare |\_|

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.

**Cod formular specific: L01XE10A**

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI EVEROLIMUS (AFINITOR)**

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L01XE10A**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

**1.** Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de către pacient:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Diagnostic de carcinom renal confirmat histopatologic: |\_| DA |\_| NU

**3.** Boala metastazată, local avansată sau recidivată (chirurgical nerezecabilă):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Sunt eligibile pentru tratament următoarele categorii de pacienţi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

- Trataţi anterior cu inhibitori ai factorului de creştere al endoteliilor vasculare (anti-VEGF) şi care au progresat sub sau în urma acestui tratament sau

- Trataţi anterior cu cytokine şi/sau inhibitori ai factorului de creştere al endoteliilor vasculare

\_ \_

**5.** Vârsta > 18 ani: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

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

**7.** Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

- Hemoglobina > 9 g/dl, leucocite > 3.000/mm3, neutrofile > 1.000/mm3, trombocite > 60.000/mm3

\_

|\_|

- Probe hepatice: bilirubina totală < 2,5 x limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină < 5 x LSN

\_

|\_|

- Probe renale: clearance al creatininei > 45 ml/min (sau echivalent de creatinină serică < 2 x LSN)

\_

|\_|

- Poate fi administrat la pacienţi cu insuficienţă hepatică Child-Pugh A sau B

\_

|\_|

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**1.** Hipersensibilitate cunoscută la everolimus sau alte rapamicine (temsirolimus):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**2.** Pacienţi cu metastaze la nivelul SNC care nu sunt controlate terapeutic:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**3.** Pacienţi aflaţi sub tratament cronic cu corticosteroizi sau alţi agenţi imunosupresivi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Sarcină/alăptare: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5.** Status de performanţă ECOG >/= 3: |\_| DA |\_| NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

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

\_

A. Remisiune completă |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală stabilă |\_|

\_

D. Beneficiu clinic |\_|

**2.** Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului - monitorizare:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

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

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

- Hemoglobina > 9 g/dl, leucocite > 3.000/mm3, neutrofile > 1.000/mm3, trombocite > 75.000/mm3

\_

|\_|

- Probe hepatice: bilirubina totală < 2,5 x limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină < 5 x LSN

\_

|\_|

- Probe renale: clearance al creatininei > 45 ml/min (sau echivalent de creatinină serică < 2 x LSN)

\_

|\_|

- Poate fi administrat la pacienţi cu insuficienţă hepatică Child-Pugh A sau B

\_

|\_|

**Criterii de întrerupere temporară a tratamentului** (\* în eventualitatea în care apar, tratamentul cu **EVEROLIMUS** se întrerupe până la recuperarea/rezolvarea evenimentului respectiv, după care tratamentul se poate relua, în funcţie de decizia medicului curant):

a) Pneumonita neinfecţioasă (inclusiv boala pulmonară interstiţială) grad 2, 3 CTCAE

\_

|\_|

b) ulceraţii ale mucoasei bucale, stomatită şi mucozită bucală grad 2, 3 CTCAE

\_

|\_|

c) alte toxicităţi non-hematologice (exclusiv evenimente metabolice) grad 2, 3 CTCAE

\_

|\_|

d) evenimente metabolice (de exemplu hiperglicemie, dislipidemie) - grad 3 CTCAE

\_

|\_|

e) trombocitopenie - grad 2 (< 75, >/= 50 x 109/l), până la revenirea la grad </= 1 (>/= 75 x 109/l)

\_

|\_|

f) trombocitopenie - grad 3 şi 4 (< 50 x 109/l), până la revenirea la grad </= 1 (>/= 75 x 109/l)

\_

|\_|

g) neutropenie - grad 3 (> 1, >/= 0,5 x 109/l), până la revenirea la grad </= 2 (>/= 1 x 109/l)

\_

|\_|

h) neutropenie - grad 4 (< 0,5 x 109/l), până la revenirea la grad </= 2

\_

|\_|

i) neutropenie febrilă - grad 3, până la revenirea la grad </= 2 (>/= 1,25 x 109/l) şi dispariţia febrei

\_

|\_|

j) infecţii bacteriene, micotice, virale sau cu protozoare, inclusiv infecţii cu patogeni oportunişti

\_

|\_|

k) reacţii de hipersensibilitate (anafilaxie, dispnee, eritem facial, durere toracică sau angioedem)

\_

|\_|

\_

l) insuficienţă renală (inclusiv insuficienţă renală acută) |\_|

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

**1. Statusul bolii** la data evaluării - este demonstrată lipsa beneficiului terapeutic:

\_

a. Boala progresivă documentată obiectiv (imagistic) |\_|

\_

b. Lipsa beneficiului clinic (deteriorare simptomatică) |\_|

\_

**2. Deces** |\_|

**3. Efecte secundare inacceptabile** pentru continuarea tratamentului (oricare din cele de mai jos):

a. pneumonită neinfecţioasă - grad 2, dacă recuperarea nu are loc în maximum 4 săptămâni

\_

|\_|

\_

b. grad 3, dacă reapare toxicitatea |\_|

\_

c. grad 4 |\_|

\_

d. stomatită - grad 4 |\_|

e. alte toxicităţi non-hematologice (exclusiv evenimente metabolice)

\_

|\_|

\_

f. grad 3, la reiniţierea tratamentului |\_|

\_

g. grad 4 |\_|

h. evenimente metabolice (de exemplu hiperglicemie, dislipidemie) - grad 4

\_

|\_|

\_

i. neutropenie febrilă - grad 4 |\_|

\_

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

\_

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

\_

**6. Alt motiv**, specificat: ......................................... |\_|

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.

**#M4**

***Cod formular specific: L01XE11.1***

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

***- indicaţia carcinom renal -***

***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\*1*

*\_ \_ \_*

*(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*

*------------*

*\*1 Se notează obligatoriu codul 137*

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

***SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE*** *Cod formular specific L01XE11.1*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*(\* toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)*

*\_ \_*

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

*\_ \_*

***2.*** *Diagnostic de carcinom renal confirmat histopatologic: |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Boala metastazată, local avansată sau recidivată (chirurgical nerezecabilă):*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Sunt eligibili pentru tratament pacienţii netrataţi anterior sistemic (tratament de linia 1) pentru stadiul avansat al bolii.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Vârsta > 18 ani: |\_| DA |\_| NU*

***6.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- Hemoglobina > 9 g/dl, neutrofile > 1.000/mm3, trombocite > 75.000/mm3*

*\_*

*|\_|*

*- Probe hepatice: bilirubina totală </= 1,5 x limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) </= 2 x LSN*

*\_*

*|\_|*

*- Probe renale: clearance creatinina > 30 ml/min, proteine urinare (dipstick) 0/urme/+1, sau proteinurie/24 h < 1 g*

*\_*

*|\_|*

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

*(\* cumulative cu bifa NU)*

*\_ \_*

***1.*** *Metastaze cerebrale necontrolate terapeutic: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Hipertensiune arterială necontrolată medicamentos: |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Istoric de boală cardiacă (evenimente cardiace prezente în ultimele 6 luni) precum:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. Infarct miocardic sau angină pectorală instabilă sau severă |\_|*

*\_*

*b. Bypass cu grefa pe artere coronariene sau stent coronarian |\_|*

*\_*

*c. Insuficienţa cardiacă clasa III sau IV NYHA |\_|*

*d. Accident vascular cerebro-vascular (AVC) sau accident ischemic tranzitoriu (AIT)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*e. Trombo-embolism pulmonar, tromboză venoasă profundă |\_|*

***4.*** *Sângerări semnificative (la latitudinea medicului curant) în ultimele 6 luni: hemoragie gastro-intestinală, cerebrală sau hemoptizie:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Afecţiuni cu risc crescut de perforaţie - ulcer peptic activ, boală inflam. intestinală, colită ulcerativă (la latitudinea medicului curant):*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Sarcină/alăptare: |\_| DA |\_| NU*

***7.*** *Fistulă abdominală, perforaţie gastro-intestinală sau abces intra-abdominal, în urmă cu o lună:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***8.*** *Diateze hemoragice, coagulopatii: |\_| DA |\_| NU*

***9.*** *Tratamente anterioare cu agenţi anti-VEGF (bevacizumab, sunitinib, sorafenib)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

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

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***2.*** *Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului - monitorizare:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***Criterii de întrerupere temporară a tratamentului*** *(\* în eventualitatea în care apar, tratamentul cu* ***PAZOPANIBUM*** *se întrerupe până la recuperarea/rezolvarea evenimentului respectiv, după care tratamentul se poate relua, în funcţie de decizia medicului curant):*

*1. TA crescută (întrerupere şi reluare tratament cu o doză scăzută de pazopanib)*

*\_*

*|\_|*

*2. Scăderea fracţiei de ejecţie a VS impune reducerea dozei (sau întreruperea definitivă a tratamentului)*

*\_*

*|\_|*

*3. Prelungirea intervalului QTc impune reducerea dozei (sau întreruperea definitivă a tratamentului)*

*\_*

*|\_|*

*4. Creşterea bilirubinei peste creştere a bilirubinei > 1,5 până la 3 x limita superioară a valorilor normale, independent de valorile ALT, impune reducerea dozei de pazopanib*

*\_*

*|\_|*

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

*(\* oricare din aceste criterii - minim unul, trebuie să fie îndeplinit)*

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L01XE11.2***

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

***- indicaţia sarcom de părţi moi, subtipuri selectate -***

***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\*1*

*\_ \_ \_*

*(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*

*------------*

*\*1 Se notează obligatoriu codul 123*

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

***SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE*** *Cod formular specific L01XE11.2*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

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

*\_ \_*

***2.*** *Vârsta >/= 18 ani |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Subtip selectat (altul decât cele menţionate la criteriile de excludere 1.a - j) de sarcom de părţi moi (SPM), aflat în stadiu avansat, inoperabil sau metastatic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Progresia bolii după chimioterapie pentru boala metastatică, sau recidivă a bolii în decurs de 12 luni de la încheierea terapiei (neo)adjuvante*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***a)*** *Bilirubina totală </= 1,5 ori limita superioară a normalului (< 1,5 x LSN)*

***b)*** *Transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) </= 2,5 x LSN (în absenţa metastazelor hepatice) sau </= 5 x LSN (în prezenţa metastazelor hepatice, dar cu valoare normală a bilirubinei totale)*

*\_ \_*

***6.*** *Interval QTc normal (< 480 ms) |\_| DA |\_| NU*

***7.*** *Fracţie de ejecţie a ventriculului stâng (FEVS) normală conform vârstei*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Subtipuri de SPM pentru care eficacitatea/siguranţa Pazopanib nu au fost evaluate în studiile clinice:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. Liposarcom (toate subtipurile) |\_|*

*\_*

*b. Rabdomiosarcom (non-alveolar şi non-pleomorf) |\_|*

*\_*

*c. Condrosarcom |\_|*

*\_*

*d. Osteosarcom |\_|*

*\_*

*e. Sarcom Ewing/tumori periferice neuroectodermale primitive (PNET) |\_|*

*\_*

*f. Tumoră stromală gastro-intestinală (GIST) |\_|*

*\_*

*g. Dermatofibrosarcomaprotuberans |\_|*

*\_*

*h. Sarcom miofibroblastic inflamator |\_|*

*\_*

*i. Mezoteliom malign |\_|*

*\_*

*j. Tumori mixte mezodermale ale uterului |\_|*

***2.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Hipertensiune arterială necontrolată terapeutic |\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Antecedente de hemoptizie, hemoragie cerebrală, hemoragie gastro-intestinală sau alte evenimente hemoragice, clinic semnificative (în opinia medicului curant) în ultimele 6 luni*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Antecedente de IMA, AVC, TEP, TVP, by-pass/stent coronarian în ultimele 6 luni*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *ICC clasa IV NYHA |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *Sarcina |\_| DA |\_| NU*

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

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

***1.*** *Tratamentul cu* ***PAZOPANIBUM*** *a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

***2.*** *Statusul bolii neoplazice la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală staţionară |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***3.*** *Starea clinică a pacientului permite continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Probele biologice permit continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***Criterii de întrerupere temporară a administrării şi/sau reducere a dozei:***

*1. Creşterea valorilor serice ale transaminazelor > 8 x LSN, în absenţa unei creşteri a bilirubinemiei*

*\_*

*|\_|*

*2. Creşterea valorilor serice ale transaminazelor > 3 x LSN concomitent cu creşterea bilirubinemiei > 2 x LSN*

*\_*

*|\_|*

*3. Creşteri semnificative ale tensiunii arteriale (în opinia medicului curant)*

*\_*

*|\_|*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#B**

**Cod formular specific: L01XE13**

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

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L01XE13**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

\_ \_

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

\_ \_

**2.** Vârstă > 18 ani |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Diagnostic histopatologic de adenocarcinom pulmonar: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Stadiul IV |\_| DA |\_| NU

**5.** Mutaţie activatoare a genei receptorul factorului de creştere epidermal (EGFR) prezentă

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**6.** Fără tratament sistemic anterior pentru boala avansată (inclusiv inhibitori de tirozinkinază ai EGFR)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**a.** Chimioterapia anterioară adjuvantă sau neoadjuvantă este permisă dacă ultimul ciclu a fost administrată cu peste 6 luni în urmă

\_

|\_|

**b.** Chimioradioterapia pentru boala locoregional avansată este de asemenea permisă dacă ultima administrare a chimioterapiei sau radioterapiei a fost cu peste 6 luni în urmă

\_

|\_|

**c.** Dacă s-a întârziat determinarea mutaţiei EGFR activatoare şi pacientul avea o stare generală care nu permitea amânarea tratamentului, se poate începe tratamentul cu citostatice şi ulterior la detectarea mutaţiei să se treacă la administrarea de afatinubum

\_

|\_|

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**1.** Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Insuficienţa renală severă: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Insuficienţa hepatică severă: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Boală pulmonară interstiţială: |\_| DA |\_| NU

**5.** Afectare gastrointestinală semnificativă sau recentă cu diaree (de exemplu boala Crohn, sindrom de malabsorbţie, sau sindrom diareic indiferent de etiologie):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**6.** Infarct miocardic acut: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**7.** Angină instabilă în ultimele 6 luni: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**8.** Aritmii necontrolate: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**9.** Insuficienţă cardiacă clasa III sau IV NYHA: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**10.** Alăptarea, sarcina: |\_| DA |\_| NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

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

**1.** Tratamentul cu **AFATINIBUM** a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**2.** Statusul bolii la data evaluării (evaluare imagistică, biologică, clinică):

\_

A. Remisiune completă |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală staţionară |\_|

**3.** Starea clinică a pacientului permite în continuare administrarea tratamentului:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Probele biologice ale pacientului permit administrarea în continuare în condiţii de siguranţă a tratamentului:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_

**1.** Progresia bolii |\_|

\_

**2.** Deces |\_|

**3.** Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului

\_

|\_|

\_

**4.** Pacientul nu s-a prezentat la control |\_|

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.

**#M4**

***Cod formular specific: L01XE14***

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

***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 L01XE14*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

***Linia a 2-a şi >/= 2*** *|\_| DA |\_| NU*

*1.* ***Diagnostic:*** *Leucemie mieloidă cronică (LMC) cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) şi/sau BCR-ABL pozitiv*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază cronică*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) şi/sau BCR-ABL pozitiv* ***tratată anterior cu unul sau mai mulţi*** *inhibitori de tirozinkinază şi la care* ***administrarea de imatinib, nilotinib şi dasatinib nu este considerată o opţiune*** *terapeutică adecvată → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază accelerată*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) şi/sau BCR-ABL pozitiv* ***tratată anterior cu unul sau mai mulţi*** *inhibitori de tirozinkinază şi la care* ***administrarea de imatinib, nilotinib şi dasatinib nu este considerată o opţiune*** *terapeutică adecvată → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în* ***fază blastică*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (Phl+) şi/sau BCR-ABL pozitiv* ***tratată anterior cu unul sau mai mulţi*** *inhibitori de tirozinkinază şi la care* ***administrarea de imatinib, nilotinib şi dasatinib nu este considerată o opţiune*** *terapeutică adecvată → adulţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Tratament anterior: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a) imatinib |\_|*

*\_*

*b) dasatinib |\_|*

*\_*

*c) nilotinib |\_|*

*6. Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. citogenetic (Phl+) |\_|* ***sau***

*\_*

***d.*** *ex. molecular (bcr-abl) |\_|* ***sau***

*\_*

***e.*** *FISH |\_|*

*\_*

***f.*** *ex. imunofenotipic\* |\_|*

*\_*

***g.*** *probe hepatice |\_|*

*\_*

***h.*** *probe renale |\_|*

*\_*

***i.*** *evaluare cardiologică |\_|*

*7. Declaraţie de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*------------*

*\* În cazul LMC faza blastică*

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

*\_*

***1.*** *Insuficienţă hepatică |\_|*

***C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

***1.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *probe hepatice (transaminaze, |\_|*

*bilirubina)\**

*\_*

***c.*** *probe renale\* |\_|*

*\_*

***d.*** *evaluare cardiologică\* |\_|*

***2.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

*------------*

*\* La aprecierea medicului*

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

*\_*

***1.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

***2.*** *Toxicitate inacceptabilă |\_|*

*\_*

***3.*** *Deces |\_|*

*\_*

***4.*** *Alte cauze |\_|*

*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.*

**#B**

**Cod formular specific: L01XE16**

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

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L01XE16**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

**1.** Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Diagnostic histopatologic de NSCLC: |\_| DA |\_| NU

**3.** ALK/ROS1 pozitiv confirmat prin testul FISH şi/sau imunohistochimic, efectuat printr-o testare validată: \_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Stadiu avansat: |\_| DA |\_| NU

**5.** Probe biologice care să permită administrarea medicamentului în condiţii de siguranţă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

- Hb >/= 9 g/dl, leucocite >/= 3.000/mm3, neutrofile >/= 1.500/mm3, trombocite >/= 100.000 mm3

\_

|\_|

- Probe hepatice: bilirubină totală </= 1,5 ori valoarea-limită superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfatază alcalină < 3 ori LSN pentru pacienţii fără metastaze hepatice; transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfatază alcalină < 5 ori LSN dacă există metastaze hepatice

\_

|\_|

- Probe renale: clearance al creatininei > 30 ml/min (sau echivalent de creatinină serică)

\_

|\_|

\_ \_

**6.** Vârsta peste 18 ani: |\_| DA |\_| NU

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

\_ \_

**1.** Insuficienţă hepatică severă: |\_| DA |\_| NU

**2.** Hipersensibilitate la crizotinib sau la oricare dintre excipienţi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**PENTRU CA PACIENTUL SĂ FIE ELIGIBIL PENTRU TRATAMENTUL CU CRIZOTINIBUM, TREBUIE SĂ ÎNDEPLINEASCĂ TOATE CRITERIILE DE INCLUDERE (DA), NICIUNUL DE EXCLUDERE (NU)**

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

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

**1.** Tratamentul cu **CRIZOTINIBUM** a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**2.** Statusul bolii la data evaluării (evaluare imagistică, biologică, clinică):

\_

A. Remisiune completă |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală stabilă staţionară |\_|

\_

D. Beneficiu clinic |\_|

**3.** Starea clinică a pacientului permite în continuare administrarea tratamentului:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Probele biologice ale pacientului permit administrarea în continuare în condiţii de siguranţă a tratamentului:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**1.** Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**2.** Probele biologice ale pacientului NU permit administrarea în continuare în condiţii de siguranţă a tratamentului (creşterea de gradul 2, 3 sau 4 a ALT sau AST concomitent cu creşterea de gradul 2, 3 sau 4 a bilirubinemiei totale, a doua recidivă de grad 3 - 4 pentru toxicitatea hematologică, insuficienţă hepatică severă):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Prelungirea intervalului QTc de gradul 4: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Pneumonită: |\_| DA |\_| NU

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_

**1.** Progresia bolii |\_|

\_

**2.** Deces |\_|

**3.** Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului

\_

|\_|

\_

**4.** Pacientul nu s-a prezentat la control |\_|

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.

**Cod formular specific: L01XE17**

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

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L01XE17**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

\_ \_

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

**2.** Diagnostic de carcinom renal confirmat histopatologic/citologic:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**3.** Boala metastazată, local avansată sau recidivată (chirurgical nerezecabilă):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Sunt eligibile pentru tratament următoarele categorii de pacienţi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

- Trataţi anterior cu sunitinib şi care au progresat sub sau în urma acestui tratament sau

- Trataţi anterior cu citokine şi/sau sunitinib

\_ \_

**5.** Vârsta > 18 ani: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

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

**7.** Valori normale ale tensiunii arteriale (TA sistolică < 140 mmHg, TA diastolică < 90 mmHg):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**8.** Fracţie de ejecţie a ventriculului stâng normală: |\_| DA |\_| NU

**9.** Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

- hemoglobina > 9 g/dl, neutrofile > 1.500/mm3, trombocite > 75.000/mm3

\_

|\_|

- bilirubina totală < 1,5 x limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST, ALT) </= 2,5 x LSN (pacienţi fără metastaze hepatice) şi </= 5,0 x LSN (în cazul prezenţei metastazelor hepatice)

\_

|\_|

- clearance al creatininei >/= 60 ml/min (sau echivalent de creatinină serică </= 1,5 x LSN)

\_

|\_|

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**1.** Administrarea a două/mai multe tratamente sistemice pentru stadiul metastatic:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**2.** IMA, angină instabilă, AVC, AIT, by-pass coronarian, stent coronarian (ultimele 2 luni):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** TVP, TEP, în ultimele 6 luni: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Insuficienţă cardiacă clasa III sau IVNYHA: |\_| DA |\_| NU

**5.** Ulcer peptic activ, în ultimele 6 luni, netratat; diateze hemoragice, coagulopatii:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**6.** Plăgi dehiscente, fracturi, ulcere, leziuni greu vindecabile:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**7.** Sarcină/alăptare: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**8.** Insuficienţă hepatică severă (clasa Child-Pugh C): |\_| DA |\_| NU

**9.** Sângerări gastro-intestinale active în ultimele 3 luni (hematemeză, hematochezie, melenă, care nu au fost determinate de neoplasm şi pentru care nu există dovezi de rezoluţie documentate endoscopic:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**10.** Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

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

\_

A. Remisiune completă |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală stabilă |\_|

\_

D. Beneficiu clinic |\_|

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

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

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

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

- hemoglobina > 9 g/dl, neutrofile > 1.500/mm3, trombocite > 75.000/mm3

\_

|\_|

- bilirubina totală < 1,5 x limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST, ALT) < 2,5 x LSN (pacienţi fără metastaze hepatice) şi < 5,0 x LSN (în cazul prezenţei metastazelor hepatice)

\_

|\_|

- clearance al creatininei > 60 ml/min (sau echivalent de creatinină serică < 1,5 x LSN)

\_

|\_|

**Criterii de întrerupere temporară a tratamentului** (\* în eventualitatea în care apar, tratamentul cu **AXITINIBUM** se întrerupe până la recuperarea/rezolvarea evenimentului respectiv, după care tratamentul se poate relua, în funcţie de decizia medicului curant):

a) agravarea insuficienţei cardiace (întreruperea temporară cu/fără reducerea dozei de axitinib)

\_

|\_|

b) hipertensiune arterială severă (în ciuda trat. antihipertensiv şi a reducerii dozei de axitinib)

\_

|\_|

\_

c) alte toxicităţi non-hematologice grad 2, 3 CTCAE |\_|

\_

d) proteinuria moderată până la severă |\_|

\_

e) insuficienţa hepatică moderată |\_|

f) intervenţie medicală necesară pentru tratarea unui eveniment hemoragic cu cel puţin 24 de ore înaintea unei intervenţii chirurgicale programate

\_

|\_|

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

**1. Statusul bolii** la data evaluării - este demonstrată lipsa beneficiului terapeutic:

\_

a. Boala progresivă documentată obiectiv (imagistic) |\_|

\_

b. Lipsa beneficiului clinic (deteriorare simptomatică) |\_|

\_

**2. Deces** |\_|

**3. Efecte secundare inacceptabile** pentru continuarea tratamentului (oricare din cele de mai jos):

a. agravarea insuficienţei cardiace (după reducerea iniţială a dozei de axitinib)

\_

|\_|

b. apariţia sindromul de encefalopatie posterioară reversibilă

\_

|\_|

c. scăderea fracţiei de ejecţie a ventriculului stâng (după reducerea iniţială a dozei de axitinib)

\_

|\_|

\_

d. apariţia IMA, AVC, AIT |\_|

\_

e. necesitate by-pass/stent coronarian |\_|

\_

f. apariţia unui ulcer peptic activ |\_|

\_

g. apariţia perforaţiilor/fistulelor gastro-intestinale |\_|

\_

h. apariţia evenimentelor trombotice venoase/a TEP |\_|

\_

i. apariţia evenimentelor hemoragice |\_|

\_

j. fractura/altă leziune greu vindecabilă |\_|

\_

k. insuficienţa hepatică severă |\_|

\_

l. reacţie alergică severă la axitinib |\_|

\_

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

\_

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

\_

**6. Alt motiv**, specificat: ........................................ |\_|

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.

**#M4**

***Cod formular specific: L01XE18***

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

***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 L01XE18*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

***1. Diagnostic:***

***a) Mielofibroză primară*** *(cunoscută şi sub denumirea de mielofibroză idiopatică cronică)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***b) Mielofibroză secundară post-policitemie vera*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***c) Mielofibroză secundară post-trombocitemie esenţială*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Vârsta > 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*3. Splenomegalie semnificativă clinic |\_| DA |\_| NU*

*4. Simptome constituţionale (pierdere în greutate > 10% în 6 luni; transpiraţii nocturne; febră > 37,5°C de origine necunoscută)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Diagnostic anterior de policitemia vera |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*6. Diagnostic anterior de trombocitemie esenţială |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*7. Metoda de diagnostic: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *puncţie biopsie osoasă + coloraţii specifice mielofibroză |\_|*

*\_*

***c.*** *LDH |\_|*

*\_*

***d.*** *JAK2V617/alţi markeri clonali |\_|*

*\_*

***e.*** *ex. molecular (bcr-abl)/ex. FISH/ex. citogenetic |\_|*

*4. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Sarcină |\_|*

*\_*

***2.*** *Alăptare |\_|*

***C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

***1.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *reducerea splenomegaliei (clinic sau ecografic) |\_|*

*\_*

***c.*** *ameliorarea simptomelor constituţionale |\_|*

***2.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

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

*1. Dacă nu există o reducere a dimensiunii splinei sau o îmbunătăţire a simptomelor după 6 luni de la începerea tratamentului*

*\_*

*|\_|*

*2. Pacienţii care au demonstrat un anumit grad de ameliorare clinică, dacă aceştia menţin o creştere a lungimii splinei de 40% comparativ cu dimensiunea iniţială (echivalentul, în mare, al unei creşteri de 25% a volumului splinei) şi nu mai prezintă o ameliorare vizibilă a simptomelor aferente bolii*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*3. Toxicitate inacceptabilă |\_|*

*\_*

*4. Sarcina |\_|*

*\_*

*5. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

*6. Deces |\_|*

*\_*

*7. Alte cauze |\_|*

*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.*

**#B**

**Cod formular specific: L01XE23**

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

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L01XE23**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

\_ \_

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

\_ \_

**2.** Vârsta >/= 18 ani: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Melanom malign pozitiv pentru mutaţia BRAF V600: |\_| DA |\_| NU

**4.** Evaluare imagistică care certifică stadiul inoperabil sau metastatic al bolii:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**1.** Metastaze cerebrale simptomatice (necontrolate terapeutic):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**2.** Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Pacienţi în curs de radioterapie |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Insuficienţă hepatică severă: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5.** Interval QTc > 480 s: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**6.** Fracţia de ejecţie < 40%: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**7.** Sarcina: |\_| DA |\_| NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

**1.** Menţinerea consimţământului şi complianţei la tratament a pacientului:

**2.** Statusul bolii neoplazice la data evaluării:

\_

A. Remisiune completă |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală staţionară |\_|

\_

D. Beneficiu clinic |\_|

**3.** Starea clinică a pacientului permite continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Probele biologice permit continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**Criterii de întrerupere temporară a administrării şi/sau reducere a dozei**

\_ \_

**1.** Toxicitate grad II intolerabilă: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Toxicitate grad III - IV (recuperate): |\_| DA |\_| NU

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

\_

**1.** Progresia bolii |\_|

\_

**2.** Deces |\_|

\_

**3.** Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|

\_

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

\_

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

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.

**#M10**

***Cod formular specific: L01XE27***

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

***Indicaţii: - Leucemie limfatică cronică (LLC)***

***- Limfom non-Hodgkin cu celule de manta (LCM) recidivant sau refractar***

***- Macroglobulinemia Waldenstrom (MW) (limfomul limfoplasmocitic secretor de IgM)***

***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* ***L01XE27***

***I. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*\_ \_*

***a) Linia I*** *|\_| DA |\_| NU*

***1. Leucemia limfatică cronică*** *(LLC) în* ***monoterapie*** *→* ***adulţi*** *(peste 18 ani)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Metoda de diagnostic: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. Hemoleucogramă + FL |\_|*

*\_*

*b. examen medular |\_|*

*\_*

*c. imunofenotipare prin citometrie în flux |\_|*

*\_*

*d. examen histopatologic cu imunohistochimie |\_|*

*\_*

*e. examen citogenetic |\_|*

*\_ \_*

*3. Boala activă: minimum 1 criteriu IWCLL 2008 îndeplinit: |\_| DA |\_| NU*

*a. insuficienţă medulară progresivă (dezvoltare/agravare anemie şi/sau trombocitopenie)*

*\_*

*|\_|*

*b. splenomegalie masivă (> 6 cm sub rebordul costal)/progresivă/simptomatică*

*\_*

*|\_|*

*c. limfadenopatie masivă (> 10 cm în diametrul cel mai mare)/progresivă/simptomatică*

*\_*

*|\_|*

*d. limfocitoză progresivă cu creştere > 50% în 2 luni sau timp de dublare limfocitară (LDT) sub 6 luni*

*\_*

*|\_|*

*e. Oricare dintre următoarele simptome:*

*\_*

*• scădere ponderală >/= 10% în ultimele 6 luni |\_|*

*• status de performanţă ECOG >/= 2 (incapabil de muncă sau de a desfăşura activităţi uzuale)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*• Febra > 38°C cu durata de >/= 2 săptămâni fără dovadă de infecţie |\_|*

*• Transpiraţii nocturne cu durata de > 1 lună fără dovadă de infecţie*

*\_*

*|\_|*

*4. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***b) Linia a II-a*** *|\_| DA |\_| NU*

*1.* ***Leucemia limfatică cronică*** *(LLC) care* ***au primit anterior cel puţin o linie*** *de tratament, în* ***monoterapie*** *→* ***adulţi*** *(peste 18 ani)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2.* ***Limfomul nonHodgkin cu celule de manta*** *(LCM) care* ***nu au răspuns*** *după tratamentul administrat anterior, în* ***monoterapie*** *→* ***adulţi*** *(peste 18 ani)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3.* ***Limfomul nonHodgkin cu celule de manta*** *(LCM) care* ***au recăzut*** *după tratamentul administrat anterior, în* ***monoterapie*** *→* ***adulţi*** *(peste 18 ani)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*4. Metoda de diagnostic: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. examen medular |\_|*

*\_*

*c. imunofenotipare prin citometrie în flux |\_|*

*\_*

*d. examen histopatologic cu imunohistochimie |\_|*

*\_ \_*

*5. Boala activă: minimum 1 criteriu IWCLL 2008 îndeplinit |\_| DA |\_| NU*

*a. insuficienţă medulară progresivă (dezvoltare/agravare anemie şi/sau trombocitopenie)*

*\_*

*|\_|*

*b. splenomegalie masivă (> 6 cm sub rebordul costal)/progresivă/simptomatică*

*\_*

*|\_|*

*c. limfadenopatie masivă (> 10 cm în diametrul cel mai mare)/progresivă/simptomatică*

*\_*

*|\_|*

*d. limfocitoză progresivă cu creştere > 50% în 2 luni sau timp de dublare limfocitară (LDT) sub 6 luni*

*\_*

*|\_|*

*e. Oricare dintre următoarele simptome:*

*\_*

*• scădere ponderală >/= 10% în ultimele 6 luni |\_|*

*• status de performanţă ECOG >/= 2 (incapabil de muncă sau de a desfăşura activităţi uzuale)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*• Febră > 38°C cu durata de >/= 2 săptămâni fără dovadă de infecţie |\_|*

*• Transpiraţii nocturne cu durata de > 1 lună fără dovadă de infecţie*

*\_*

*|\_|*

*6. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***II. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT***

*1. Leucemie prolimfocitară (LPL) sau istoric sau suspiciune de transformare Richter*

*\_*

*|\_|*

*2. Anemie hemolitică autoimună sau purpură trombocitopenică imună necontrolată*

*\_*

*|\_|*

*3. Boală cardiovasculară clinic semnificativă (aritmii simptomatice necontrolate, insuficienţă cardiacă congestivă sau infarct miocardic în ultimele 6 luni sau orice altă afectare cardiacă clasa NYHA 3 sau 4).*

*\_*

*|\_|*

*4. Infecţie sistemică activă necontrolată, bacteriană, virală sau fungică sau alte infecţii sau tratament activ intravenos antiinfecţios.*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*5. Infectare cu HIV sau orice altă infecţie sistemică necontrolată |\_|*

*\_*

*6. Insuficienţă hepatică severă clasa Child-Pugh C |\_|*

*7. Istoric de accident cerebral vascular sau hemoragie intracraniană în ultimele 6 luni*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*8. Sarcină |\_|*

*9. Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_*

*|\_|*

***III. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

***1. Leucemia limfatică cronică*** *(LLC) →* ***adulţi*** *(peste 18 ani)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2. Limfomul nonHodgkin cu celule de manta*** *(LCM →* ***adulţi*** *(peste 18 ani)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*3. Metoda de evaluare: |\_|*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. probe hepatice |\_|*

*\_*

*c. probe renale |\_|*

*\_*

*d. consult cardiologie (EKG) |\_|*

*\_*

*4. Evoluţia sub tratament: |\_|*

*\_*

*a. favorabilă |\_|*

*\_*

*b. staţionară |\_|*

*\_*

*c. progresie |\_|*

***IV. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

*\_*

*1. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

*2. Toxicitate inacceptabilă sau toxicitate persistentă după două scăderi succesive de doză*

*\_*

*|\_|*

*3. Pacientul necesită obligatoriu tratament cu unul din medicamentele incompatibile cu administrarea Ibrutinib*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*4. Sarcina |\_|*

*\_*

*5. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

*6. Deces |\_|*

*\_*

*7. Alte cauze: .................................................... |\_|*

***Macroglobulinemia Waldenstrom (MW)***

***(limfomul limfoplasmocitic secretor de IgM)***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_*

*1.* ***adulţi*** *(peste 18 ani) cu MW. |\_|*

*2. care nu sunt eligibili pentru chimio-imunoterapie - ca terapie de linia întâi în monoterapie*

*\_*

*|\_|*

*3. cărora li s-a administrat cel puţin o terapie anterioară - în monoterapie*

*\_*

*|\_|*

*4. Metoda de diagnostic:*

*\_*

*a. Imunofenotipare prin citometrie în flux sau |\_|*

*\_*

*b. Examen histopatologic cu imunohistochimie |\_|*

*\_*

*c. Electroforeza proteinelor serice cu imunoelectroforeza şi dozare |\_|*

*\_*

*5. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient |\_|*

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

*a. Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*b. Sarcina |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*c. Insuficienţă hepatică severă clasa Child-Pugh C |\_| DA |\_| NU*

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

*Dacă pacientul tolerează tratamentul şi beneficiază de tratament se continuă terapia*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

*a. Toxicitate nonhematologică grad >/= 3* ***sau*** *|\_| DA |\_| NU*

*b. Toxicitate hematologică:*

*\_ \_*

*- neutropenie grad >/= 3 cu infecţie sau febră* ***sau*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*- hematologică grad 4 |\_| DA |\_| NU*

*c. Progresie în boală, adică terapie neeficientă, pierderea beneficiului terapeutic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*d. Sarcină |\_| DA |\_| NU*

*e. Dacă pacientul necesită obligatoriu administrarea unui tratament cu unul din medicamentele incompatibile cu Ibrutinib.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*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.*

**#B**

**Cod formular specific: L01XX44**

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

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L01XX44**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

\_ \_

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

**2.** Dovada diagnosticului de cancer colorectal: examen histopatologic:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**3.** Dovada de boală metastatică: CT/RMN/PET/CT/scintigrafie osoasă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** La pacienţi cu CCR metastatic în asociere cu FOLFIRI la pacienţi cu CCR rezistent sau care a progresat după tratament pe bază de Oxaliplatin:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5.** Indice de performanţă ECOG 0 - 2: |\_| DA |\_| NU

**6.** Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

- Hb > 9 g/dl, Le > 3.000/mm3, N > 1.000/mm3, Tr > 100.000/mm3

\_

|\_|

- Probe hepatice: bilirubina totală < 1.5 ori limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină < 3 ori LSN şi mai mică de 5 ori dacă sunt metastaze hepatice

\_

|\_|

- Probe renale: clearance al creatininei > 60 ml/min (sau echivalent de creatinină serică < 1.5 ori LSN)

\_

|\_|

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

\_ \_

**1.** Tratament anterior cu irinotecan |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Intervenţie chirurgicală majoră în ultimele 28 de zile |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Vârsta sub 18 ani |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Metastaze cerebrale |\_| DA |\_| NU

**5.** Infarct miocardic, angină pectorală severă/instabilă, grefă coronariană periferică/by-pass coronarian, AVC, atac ischemic tranzitor, ICC clasa III sau IV NYHA, în ultimele 6 luni

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**6.** Infecţie HIV/SIDA |\_| DA |\_| NU

**7.** Hipertensiune necontrolată (grad >/= 2 conform NCI CTCAE v.3)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**8.** Hemoragie severă |\_| DA |\_| NU

**9.** Tromboză venoasă profundă sau evenimente tromboembolice în ultima lună necontrolate terapeutic

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**10.** Coagulopatie (INR > 1,5 în lipsa terapiei cu antagonist de vitamină K)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**11.** Plăgi greu vindecabile sau fracturi neconsolidate |\_| DA |\_| NU

**12.** Afecţiuni ale intestinului subţire sau colonului (enteropatie, diaree cronică, obstrucţie intestinală)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**13.** Sarcină, alăptare |\_| DA |\_| NU

**14.** Tratament cu agenţi anticonvulsivanţi inductori CYP3A4 (fenitoină, fenobarbital, carbamazepină) care nu a fost întrerupt după 7 zile de tratament

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

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

**1.** Tratamentul cu **AFLIBERCEPTUM** a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**2.** Statusul bolii la data evaluării:

\_

A. Remisiune completă |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală stabilă |\_|

**3.** Starea pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_

**1.** Progresia bolii |\_|

\_

**2.** Deces |\_|

\_

**3.** Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|

\_

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

\_

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

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.

**Cod formular specific: L01XX46**

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

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L01XX46**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

\_ \_

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

**2.** Diagnostic de carcinom ovarian seros epitelial de grad înalt recidivat inclusiv neoplazie de trompă uterină şi neoplazie peritoneală primară:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Stadiile III sau IV de boală conform clasificării FIGO: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Mutaţia BRCA (germinală şi/sau somatică) prezentă: |\_| DA |\_| NU

**5.** Administrarea precedentă a cel puţin două regimuri terapeutice pe bază de platină (de exemplu carboplatină sau cisplatină):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**6.** Progresia bolii neoplazice la peste 6 luni de la întreruperea chimioterapiei pe bază de platină:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**7.** Menţinerea unui răspuns terapeutic (complet sau parţial) după administrarea ultimului regim chimioterapic pe bază de platină:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**8.** Confirmarea răspunsului terapeutic utilizând criteriile RECIST sau criteriile CA125 GCIG (Gynecologic Cancer Intergroup):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**9.** Vârstă > 18 ani: |\_| DA |\_| NU

**10.** Probe biologice care să permită administrarea medicamentului în condiţii de siguranţă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_

a. număr absolut neutrofile >/= 1,5 x 109/L |\_|

\_

b. leucocite > 3 x 109/L |\_|

\_

c. trombocite >/= 100 x 109/L |\_|

\_

d. hemoglobina >/= 9.0 g/dL |\_|

e. AST and ALT </= 2.5 x limita superioară a valorilor normale, iar în cazul prezenţei metastazelor hepatice, AST and ALT </= 5.0 x limita superioară a valorilor normale

\_

|\_|

f. bilirubina totală </= 1.5 x limita superioară a valorilor normale

\_

|\_|

g. creatinină serică </= 1.5 x limita superioară a valorilor normale

\_

|\_|

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**1.** Persistenţa toxicităţilor de grad >/= 2 CTCAE induse de administrarea precedentă a terapiei anticanceroase (cu excepţia alopeciei)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Sindrom mielodisplazic sau leucemie mieloidă acută |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Tratament anterior cu inhibitori PARP |\_| DA |\_| NU

**4.** Efectuarea radioterapiei (cu excepţia celei efectuate în scop paleativ), în ultimele 2 săptămâni

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5.** Metastaze cerebrale necontrolate terapeutic |\_| DA |\_| NU

**6.** Intervenţie chirurgicală majoră în ultimele două săptămâni

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**7.** Infarct miocardic acut, angină instabilă, aritmii ventriculare necontrolate, în ultimele 3 luni sau alte afecţiuni cardiace necontrolate

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**8.** Administrarea de medicamente antiepileptice |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**9.** Administrarea de medicamente cu metabolizare prin CYP3A4 |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**10.** Sarcină sau alăptare |\_| DA |\_| NU

**11.** Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**SITUAŢII PARTICULARE ÎN CARE POATE FI RECOMANDATĂ INIŢIEREA TRATAMENTULUI, DACĂ BENEFICIUL CLINIC/TERAPEUTIC DEPĂŞEŞTE RISCUL**

**1.** Utilizarea concomitentă a inhibitorilor puternici şi moderaţi ai izoenzimei CYP3A

\_

|\_|

**2.** Insuficienţă renală moderată (clearance-ul creatininei < 50 ml/min) sau severă (clearance-ul creatininei < 30 ml/min)

\_

|\_|

\_

**3.** Status de performanţă ECOG 2 - 4 |\_|

**4.** Persistenţa toxicităţii hematologice cauzate de tratamentul citotoxic anterior (valorile hemoglobinei, trombocitelor şi neutrofilelor de grad > 1 CTCAE)

\_

|\_|

PENTRU CA O PACIENTĂ SĂ FIE ELIGIBILĂ PENTRU TRATAMENTUL CU OLAPARIBUM, TREBUIE SĂ ÎNDEPLINEASCĂ TOATE CRITERIILE DE INCLUDERE (DA) ŞI NICIUNUL DE EXCLUDERE (NU)

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

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

**1.** Tratamentul cu OLAPARIBUM a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**2.** Statusul bolii la data evaluării (evaluare imagistică, biologică, clinică):

\_

A. Remisiune completă |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală stabilă staţionară |\_|

\_

D. Beneficiu clinic |\_|

**3.** Starea clinică a pacientului permite în continuare administrarea tratamentului:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Probele biologice ale pacientului permit administrarea în continuare în condiţii de siguranţă a tratamentului:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**ÎNTRERUPEREA TEMPORARĂ A TRATAMENTULUI**

**1.** Insuficienţă renală moderată (clearance-ul creatininei < 50 ml/min) sau severă (clearance-ul creatininei < 30 ml/min)

\_

|\_|

**2.** În situaţia în care apar toxicităţi hematologice severe sau dependenţa de transfuzii sangvine, tratamentul cu olaparib trebuie întrerupt şi trebuie efectuate testele hematologice adecvate

\_

|\_|

**3.** În cazul în care pacientele prezintă simptome noi pulmonare sau agravarea simptomelor respiratorii, precum dispnee, tuse şi febră sau dacă se observă o modificare la examenul radiologic, tratamentul cu olaparib trebuie întrerupt şi trebuie luate măsuri imediate; dacă pneumonita se confirmă, tratamentul cu olaparib trebuie oprit şi pacienta tratată corespunzător.

\_

|\_|

**PENTRU CA O PACIENTĂ SĂ FIE ELIGIBILĂ PENTRU TRATAMENTUL CU OLAPARIBUM, TREBUIE SĂ ÎNDEPLINEASCĂ TOATE CRITERIILE DE INCLUDERE (DA), NICIUNUL DE EXCLUDERE (NU) ŞI PRECIZAREA SITUAŢIEI PARTICULARE - DACĂ ESTE PREZENTĂ**

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_

**1.** Progresia bolii |\_|

\_

**2.** Deces |\_|

**3.** Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului

\_

|\_|

\_

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

\_

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

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.

**Cod formular specific: L026C.1**

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

**- indicaţia neoplasm mamar terapie adjuvantă -**

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L026C.1**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

\_ \_

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

**2.** Cancer mamar documentat histopatologic prin examen histopatologic postoperator

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Stadiile I, II şi III |\_| DA |\_| NU

**4.** Ganglioni limfatici negativi şi T > 2 cm SAU ganglioni limfatici negativi, orice T şi grad diferenţiere 2 - 3 SAU ganglioni limfatici pozitivi

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**5.** Test IHC 3+ sau FISH pozitiv sau CISH pozitiv pentru receptorii HER2

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**6.** Fracţie de ejecţie ventriculară > 50% |\_| DA |\_| NU

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

\_ \_

**1.** Insuficienţa Cardiacă Congestivă confirmată |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Aritmii necontrolate cu risc crescut |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Angină pectorală care necesită tratament |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Afectare valvulară semnificativă clinic |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5.** Dovada unui infarct transmural pe ECG |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**6.** Hipertensiunea arterială slab controlată |\_| DA |\_| NU

**7.** Dacă se constată scăderea FEVS cu peste 20% faţă de baseline sau cu 10 - 15% sub limita normală se întrerupe tratamentul. Se reevaluează FEVS după 4 săptămâni şi dacă valoarea nu se normalizează, se întrerupe definitiv tratamentul

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**8.** Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

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

**1.** Tratamentul cu **TRASTUZUMABUM** a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

\_ \_

**2.** Absenţa semnelor de evoluţie a bolii |\_| DA |\_| NU

**3.** Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului - monitorizare:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Probele biologice ale pacientului permit administrarea în continuare în condiţii de siguranţă a tratamentului (probe funcţionale renale, hepatice, hemoleucograma, EKG, Rxgrafie pulmonară)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5.** Fracţie de ejecţie ventriculară > 50% |\_| DA |\_| NU

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_

**1.** Progresia bolii |\_|

\_

**2.** Deces |\_|

**3.** Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului

\_

|\_|

\_

**4.** Pacientul a încheiat 1 an de tratament neoadjuvant/adjuvant |\_|

\_

**5.** Decizia medicului, cauza: ................................. |\_|

\_

**6.** Decizia pacientului, cauza: ............................... |\_|

Pentru ca un pacient să fie eligibil pentru tratamentul cu trastuzumab, trebuie să îndeplinească toate criteriile de includere (DA) şi nici unul de excludere (NU).

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.

**Cod formular specific: L026C.2**

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

**- indicaţia neoplasm mamar terapie neoadjuvantă -**

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L026C.2**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

\_ \_

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

\_ \_

**2.** Cancer mamar documentat histopatologic: |\_| DA |\_| NU

**3.** Boala local avansată (inclusiv inflamatorie) sau tumori cu diametrul peste 2 cm:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Test IHC 3+ sau FISH pozitiv sau CISH pozitiv pentru receptorii HER2:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**5.** Fracţie de ejecţie ventriculară > 50%:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

\_ \_

**1.** Insuficienţa Cardiacă Congestivă confirmată |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Aritmii necontrolate cu risc crescut |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Angină pectorală care necesită tratament |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Afectare valvulară semnificativă clinic |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5.** Dovada unui infarct transmural pe ECG |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**6.** Hipertensiunea arterială slab controlată |\_| DA |\_| NU

**7.** Dacă se constată scăderea cu peste 20% de la baseline sau cu 10 - 15% sub limita normală se întrerupe tratamentul. Se reevaluează FEVS după 4 săptămâni şi dacă valoarea nu se normalizează, se întrerupe definitiv tratamentul.

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**8.** Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**9.** Progresia bolii |\_| DA |\_| NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

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

**1.** Tratamentul cu **TRASTUZUMABUM** a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**2.** Statusul bolii la data evaluării:

\_

A. Remisiune completă |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală staţionară |\_|

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

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Probele biologice ale pacientului permit administrarea în continuare în condiţii de siguranţă a tratamentului (probe funcţionale renale, hepatice, hemoleucogramă, EKG, Rxgrafie pulmonară):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5.** Fracţie de ejecţie ventriculară > 50%: |\_| DA |\_| NU

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_

**1.** Progresia bolii |\_|

\_

**2.** Deces |\_|

**3.** Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului

\_

|\_|

\_

**4.** Pacientul a încheiat 1 an de tratament neoadjuvant/adjuvant |\_|

\_

**5.** Decizia medicului, cauza: ................................. |\_|

\_

**6.** Decizia pacientului, cauza: ............................... |\_|

Pentru ca un pacient să fie eligibil pentru tratamentul cu trastuzumab, trebuie să îndeplinească toate criteriile de includere (DA) şi nici unul de excludere (NU).

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.

**#M10**

***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***

***I. 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 hormono-rezistenţei, 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. Funcţii medulară hemato-formatoare, 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*

***II. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT*** *(\* toate criteriile cumulativ cu bifă DA)*

*\_ \_*

*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 cardio-vasculară 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*

***III. 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 hemato-formatoare, hepatică şi renală adecvate:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***IV. 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)*

*\_*

*• Apariţia a minimum 2 leziuni noi, osoase |\_| SAU*

*• Progresia la nivelul ganglionilor limfatici/alte leziuni de părţi moi, în conformitate cu criteriile RECIST - creştere cu minimum 20% a volumului tumoral sau apariţia a minimum 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 a vieţii, necesitatea iradierii paleative sau a tratamentului chirurgical paleativ pentru metastaze osoase etc.)*

*\_*

*|\_| SAU*

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

*\_*

*|\_|*

*\_*

*2. Deces |\_|*

*3. Efecte secundare inacceptabile pentru continuarea tratamentului*

*\_*

*|\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*6. 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.*

**#CIN**

***\*)*** *Sintagma "creşterea doza opioid" nu este corectă din punct de vedere gramatical, însă ea este reprodusă exact în forma în care a fost publicată la pagina 17 din Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 639 din 23 iulie 2018.*

**#M10**

***Cod formular specific: L02BX03.2***

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

***- carcinom al prostatei - indicaţie prechimioterapie -***

***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* ***L02BX03.2***

***I. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*1. Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient:*

*\_ \_*

*|\_| 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*

*a) Nu prezintă încă indicaţie pentru un regim de chimioterapie pe bază de docetaxel*

*\_*

*|\_|*

*b) Boala progresivă în timpul sau după întreruperea hormonoterapiei de primă linie (anti-androgeni asociat cu analog GnRH), definită astfel:*

*\_*

*|\_|*

*• criterii PCWG (Prostate Cancer Working Group): două creşteri consecutive ale valorii PSA, şi/sau*

*\_*

*|\_|*

*• boala progresivă evidentă imagistic la nivelul ţesutului moale sau osos, cu sau fără progresie pe baza creşterii PSA*

*\_*

*|\_|*

*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: |\_| DA |\_| NU*

*7. Funcţii: medulară hemato-formatoare, 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*

*8. În cazul administrării concomitente de bifosfonaţi, aceasta trebuie să fie iniţiată cu cel puţin 4 săptămâni anterior*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*9. Pacienţi asimptomatici sau care prezintă puţine simptome (durerea asociată cu neoplasmul de prostată care corespunde unui scor < 4 pe scala durerii BPI - Brief Pain Inventory, adică durere mai intens resimţită în ultimele 24 de ore)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***II. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT*** *(\* toate criteriile cumulativ cu bifă DA)*

*\_ \_*

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

*\_ \_*

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

*\_ \_*

*3. Hipertensiune arterială necontrolată terapeutic |\_| 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 cardio-vasculară semnificativă |\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*8. 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*

***III. 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*

***IV. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

*(\* oricare din aceste criterii - cel puţin 2 din cele 3 criterii de progresie trebuie să fie îndeplinite)*

*1. Lipsa beneficiului terapeutic definită astfel:*

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

*\_*

*• Apariţia a minimum 2 leziuni noi, osoase SAU |\_|*

*• Progresia la nivelul ganglionilor limfatici/alte leziuni de părţi moi, în conformitate cu criteriile RECIST - creştere cu minimum 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 calitate a vieţii, necesitatea iradierii paleative sau a tratamentului chirurgical paleativ pentru metastaze osoase etc. SAU*

*\_*

*|\_|*

*c)* ***Progresia valorii PSA:*** *creştere confirmată cu 25% faţă de valoarea iniţială*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L031C.1***

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

***- indicaţia carcinom pancreatic -***

***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* ***L031C.1***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

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

*\_ \_*

***2.*** *Boala local avansată sau metastatică: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Pacienţi netrataţi anterior pentru această indicaţie: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *ECOG: 0 - 2: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Vârstă > 18 ani: |\_| DA |\_| NU*

***6.*** *Probe biologice care să permită administrarea medicamentului în condiţii de siguranţă: funcţie hepatică şi hematologică în limite normale:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Lipsa complianţei la tratament \_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*(\* toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)*

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

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probe biologice care să permită administrarea medicamentului în condiţii de siguranţă: funcţie hepatică şi hematologică în limite normale:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***Criterii de întrerupere temporară a tratamentului*** *(\* în eventualitatea în care apar, tratamentul cu erlotinib se întrerupe până la recuperarea/rezolvarea evenimentului respectiv, după care tratamentul se poate relua, în funcţie de decizia medicului curant)*

*\_*

*- Toxicitate cutanată/digestivă/hematologică specifică |\_|*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L031C.2***

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

***- indicaţia carcinom pulmonar -***

***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* ***L031C.2***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

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

*\_ \_*

***2.*** *Diagnostic histopatologic de carcinom pulmonar: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Sunt eligibile următoarele populaţii de pacienţi: |\_| DA |\_| NU*

*- Tratament de primă linie la pacienţii cu neoplasm bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici local avansat sau metastazat (NSCLC), cu mutaţie activatoare ale EGFR, SAU*

*\_*

*|\_|*

*- Tratament de întreţinere la pacienţii cu NSCLC local avansat sau metastazat, cu mutaţii activatoare ale EGFR şi boală stabilă, după tratamentul chimioterapic de primă linie, SAU*

*\_*

*|\_|*

*- Tratamentul pacienţilor cu NSCLC local avansat sau metastazat, după eşecul terapeutic a cel puţin unui regim de chimioterapie anterior*

*\_*

*|\_|*

*\_ \_*

***4.*** *ECOG: 0 - 3: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Vârstă > 18 ani: |\_| DA |\_| NU*

***6.*** *Probe biologice care să permită administrarea medicamentului în condiţii de siguranţă: funcţie hepatică şi hematologică în limite normale:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***7.*** *Prezenţa mutaţiilor activatoare ale EGFR (cu excepţia indicaţiei terapeutice pentru pacienţii care au beneficiat anterior de chimioterapie şi au prezentat eşec terapeutic la aceasta):*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Comorbidităţi importante, care în opinia medicului curant nu permit administrarea tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Sarcină, alăptare în timpul tratamentului |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Prezenţa mutaţiei punctiforme T790M a EGFR |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

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

*\_ \_*

***6.*** *Apariţia bolii interstiţiale pulmonare acute |\_| 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 |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***Criterii de întrerupere temporară a tratamentului*** *(\* în eventualitatea în care apar, tratamentul cu erlotinibum se întrerupe până la recuperarea/rezolvarea evenimentului respectiv, după care tratamentul se poate relua, în funcţie de decizia medicului curant)*

*\_*

*- Toxicitate cutanată/digestivă/hematologică specifică |\_|*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului*

*\_*

*|\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#B**

**Cod formular specific: L033C**

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

**- indicaţia neoplasm mamar metastatic -**

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L033C**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

\_ \_

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

\_ \_

**2.** Cancer mamar documentat histopatologic: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Stadiul IV confirmat imagistic: |\_| DA |\_| NU

**4.** Test IHC 3+ sau pozitiv la determinări moleculare prin hibridizare pentru receptorii HER2:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5.** Status de performanţă ECOG 0 - 2: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**6.** Fracţie de ejecţie ventriculară > 50%: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**7.** Speranţa de viaţă > 3 luni: |\_| DA |\_| NU

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

\_ \_

**1.** Insuficienţa Cardiacă Congestivă confirmată: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Aritmii necontrolate cu risc crescut: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Dovada unui infarct miocardic transmural recent pe ECG: |\_| DA |\_| NU

**4.** Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

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

**1.** Tratamentul cu **TRASTUZUMABUM** a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**2.** Statusul bolii la data evaluării:

\_

A. Remisiune completă |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală staţionară |\_|

\_

D. Beneficiu clinic |\_|

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

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Probele biologice ale pacientului permit administrarea în continuare în condiţii de siguranţă a tratamentului (probe funcţionale renale, hepatice, hemoleucogramă, EKG, Rxgrafie pulmonară):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**5.** Fracţia de ejecţie (FEVS) în intervalul valorilor normale:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**CRITERII DE ÎNTRERUPERE TEMPORARĂ A TRATAMENTULUI**

Dacă se constată scăderea cu peste 20% faţă de baseline sau cu 10 - 15% sub limita normală se întrerupe tratamentul. Se reevaluează FEVS după 4 săptămâni şi dacă valoarea se normalizează, se reîncepe tratamentul.

\_

|\_|

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_

**1.** Progresia bolii |\_|

\_

**2.** Deces |\_|

**3.** Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului

\_

|\_|

\_

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

\_

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

Pentru ca un pacient să fie eligibil pentru tratamentul cu trastuzumab, trebuie să îndeplinească toate criteriile de includere (DA) şi nici unul de excludere (NU).

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.

**#M4**

***Cod formular specific: L037C.1***

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

***- cancer al capului şi gâtului local avansat recurent sau metastatic -***

***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* ***L037C.1***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Dovada diagnosticului de cancer cu celule scuamoase: examen histopatologic:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Dovada (CT/RMN/PET/CT/scintigrafie osoasă) de: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- boala avansată local sau |\_|*

*\_*

*- recurentă sau |\_|*

*\_*

*- metastatică |\_|*

***4.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Boala pulmonară interstiţială sau fibroza pulmonară: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Sarcină/alăptare: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *ECOG >/= 3: |\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Reacţii adverse severe de tip şoc anafilactic legate de administrarea intravenoasă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***6.*** *Reacţii cutanate de gradul 4, care apar repetat, şi nu se reduc la gradul 2 sub tratament specific.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*(\* toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)*

***1.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală staţionară |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Terminarea perioadei de radioterapie |\_|*

*\_*

***2.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***3.*** *Deces |\_|*

***4.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului*

*\_*

*|\_|*

*\_*

***5.*** *Decizia medicului, cauza: ................................. |\_|*

*\_*

***6.*** *Decizia pacientului, cauza: ............................... |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L037C.2***

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

***- cancer colorectal metastatic -***

***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* ***L037C.2***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

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

***2.*** *Dovada diagnosticului de cancer colorectal: examen histopatologic:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Dovada de boală metastatică: CT/RMN/PET/CT/scintigrafie osoasă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *La pacienţi cu CCR metastatic în:*

*- în asociere cu chimioterapie pe bază de irinotecan (indiferent de linia de tratament)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*- ca tratament de prima linie în asociere cu FOLFOX |\_|*

*- în monoterapie la pacienţii la care terapia pe bază de oxaliplatină şi irinotecan a eşuat şi care prezintă intoleranţă la irinotecan*

*\_*

*|\_|*

***5.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Boala pulmonară interstiţială sau fibroza pulmonară: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Sarcină/alăptare: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *ECOG >/= 3: |\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Reacţii adverse de tip şoc anafilactic severe legate de perfuzie*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***6.*** *Reacţii cutanate de gradul 4 care apar pentru a patra oară şi nu se reduc la gradul 2 sub tratament specific.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *Tumori KRAS mutant: |\_| DA |\_| NU*

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

*(\* toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)*

***1.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisie completă |\_|*

*\_*

*B. Remisie parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L038C.1***

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

***- indicaţia carcinom hepatocelular -***

***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* ***L038C.1***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

***1.*** *Declaraţia de consimţământ semnată de pacient |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Diagnostic de carcinom hepatocelular: |\_| DA |\_| NU*

*a. pentru tumori mai mici de 1 cm apărute pe hepatita cronică/ciroză cunoscută: două investigaţii imagistice (CT multi-detector şi RMN cu substanţă de contrast hepato-specifică/contrast dinamic) de CHC sau,*

*\_*

*|\_|*

*b. pentru tumori mai mari de 1 cm apărute pe hepatita cronică/ciroză cunoscută printr-o investigaţie imagistică (CT multi-detector şi RMN cu substanţă de contrast hepato-specifică/contrast dinamic) de CHC sau,*

*\_*

*|\_|*

*c. examen histopatologic; puncţia biopsie hepatică cu examen HP, este necesară la pacienţii fără ciroză hepatică şi la pacienţii cu hepatită/ciroză hepatică cunoscută, la care examinările imagistice sunt neconcludente pentru CHC*

*\_*

*|\_|*

*\_ \_*

***3.*** *Carcinom hepatocelular: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. Nerezecabil, local avansat/metastatic sau, |\_|*

*b. Contraindicaţii operatorii din cauza statusului de performanţă sau a comorbidităţilor asociate sau,*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*c. Potenţial rezecabil care refuză intervenţia chirurgicală sau, |\_|*

*d. Care a progresat după intervenţii ablative (RFA, alcoolizare)/TACE/chirurgicale*

*\_*

*|\_|*

*\_ \_*

***4.*** *Clasa ChildPugh A sau B |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Vârsta > 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Indice de performanţă ECOG 0 - 2 |\_| DA |\_| NU*

***7.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- Hb > 9 g/dl, Le > 3.000/mm3, N > 1.000/mm3, Tr > 60.000/mm3 |\_|*

*- Probe hepatice: bilirubina totală < 2,5 ori limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină < 5 ori LSN*

*\_*

*|\_|*

*- Probe renale: clearance al creatininei > 45 ml/min (sau echivalent de creatinină serică < 2 ori LSN)*

*\_*

*|\_|*

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

***1.*** *Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Status de performanţă ECOG >/= 3 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Insuficienţă hepatică severă (Clasa Child-Pugh C) |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Istoric de boală cardiacă |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a) Insuficienţă cardiacă > clasa II NYHA |\_|*

*b) Boală ischemică acută (boală coronariană instabilă sau infarct miocardic în ultimele 6 luni)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*c) Hipertensiune arterială necontrolată |\_|*

*\_ \_*

***5.*** *Sarcină/alăptare |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***2.*** *Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii documentată clinic sau imagistic |\_|*

*\_*

***2.*** *Absenţa beneficiului clinic |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

***4.*** *Deces |\_|*

*\_*

***5.*** *Decizia medicului, cauza: ................................. |\_|*

*\_*

***6.*** *Decizia pacientului, cauza: ............................... |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L038C.2***

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

***- indicaţia carcinom renal -***

***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* ***L038C.2***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

***1.*** *Declaraţia de consimţământ semnată de pacient |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Diagnostic de carcinom renal confirmat histopatologic |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Pacienţi cu carcinom renal metastatic sau local avansat chirurgical nerezecabil sau recidivat chirurgical nerezecabil*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Pacienţii de la punctul 3 care au fost: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. Netrataţi anterior sistemic sau |\_|*

*b. Trataţi anterior cu inhibitori de tirozinkinază sau inhibitori de m-TOR sau anti-VEGF şi care au progresat sub aceste terapii sau,*

*\_*

*|\_|*

*c. Trataţi anterior cu inhibitori de tirozinkinază şi inhibitori de m-TOR care au progresat sub aceste terapii sau,*

*\_*

*|\_|*

*d. Trataţi anterior cu interferon-alfa sau interleukina-2 sau care nu se califică pentru aceste terapii*

*\_*

*|\_|*

*\_ \_*

***5.*** *Vârsta > 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Indice de performanţă ECOG 0 - 2 |\_| DA |\_| NU*

***7.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- Hb > 9 g/dl, Le > 3.000/mm3, N > 1.000/mm3, Tr > 60.000/mm3 |\_|*

*- Probe hepatice: bilirubina totală < 2,5 ori limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină < 5 ori LSN*

*\_*

*|\_|*

*- Probe renale: clearance al creatininei > 45 ml/min (sau echivalent de creatinină serică < 2 ori LSN)*

*\_*

*|\_|*

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

***1.*** *Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Status de performanţă ECOG >/= 3 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Insuficienţă hepatică severă (Clasa Child-Pugh C) |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Istoric de boală cardiacă |\_| DA |\_| NU*

*a) Boala ischemică acută (boală arterială coronariană instabilă sau infarct miocardic în ultimele 6 luni)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*b) Hipertensiune arterială necontrolată |\_|*

*\_ \_*

***5.*** *Sarcină/alăptare |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***2.*** *Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii documentată clinic sau imagistic |\_|*

*\_*

***2.*** *Absenţa beneficiului clinic |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

***4.*** *Deces |\_|*

*\_*

***5.*** *Decizia medicului, cauza: ................................. |\_|*

*\_*

***6.*** *Decizia pacientului, cauza: ............................... |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L038C.3***

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

***- indicaţia carcinom tiroidian -***

***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* ***L038C.3***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

***1.*** *Declaraţia de includere în tratament semnată: |\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Diagnostic de carcinom tiroidian diferenţiat (papilar/folicular/cu celule Hurthle) confirmat histopatologic:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Cancer tiroidian diferenţiat local-avansat/metastatic/refractar sau progresiv la tratamentul cu iod radioactiv definit astfel:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- prezenţa unei leziuni ţintă care nu captează iod la o scanare cu iod radioactiv sau*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*- tumori care nu captează iod sau |\_|*

*- pacienţi care au progresat după tratament cu iod radioactiv în ultimele 16 luni sau*

*\_*

*|\_|*

*- pacienţi care au progresat după 2 tratamente cu iod radioactiv în mai mult de 16 luni de la ultimul sau*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*- activitate cumulativă de iod radioactiv > 22,3 GBq (>/= 600 mCi) |\_|*

***4.*** *Tumoră măsurabilă prin TC sau RMN conform criteriilor RECIST:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Vârsta > 18 ani: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Indice de performanţă ECOG 0 - 2: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *TSH < 0,5 mU/L |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***8.*** *Valori normale ale tensiunii arteriale (< 150/90 mmHg) |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***9.*** *Declaraţia de includere în tratament semnată: |\_| DA |\_| NU*

***10.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- Hb > 9 g/dl, Le > 3.000/mm3, N > 1.000/mm3, Tr > 60.000/mm3 |\_|*

*- Probe hepatice: bilirubina totală < 2,5 ori limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină < 5 ori LSN*

*\_*

*|\_|*

*- Probe renale: clearance al creatininei > 45 ml/min (sau echivalent de creatinină serică < 2 ori LSN)*

*\_*

*|\_|*

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

***1.*** *Alte tipuri de cancere tiroidiene (anaplazic, medular, limfom, sarcom)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Status de performanţă ECOG >/= 3 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Insuficienţă hepatică severă (Clasa Child-Pugh C) |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Istoric de boală cardiacă |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a) Insuficienţă cardiacă > clasa II NYHA |\_|*

*b) Boală ischemică acută (boală arterială coronariană instabilă sau infarct miocardic în ultimele 6 luni)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*c) Hipertensiune arterială necontrolată |\_|*

*\_ \_*

***6.*** *Sarcină/alăptare |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisie completă |\_|*

*\_*

*B. Remisie parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#B**

**Cod formular specific: L039M**

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU ARTRITA IDIOPATICĂ JUVENILĂ - AGENŢI BIOLOGICI**

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L039M**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

\_ \_

**a) Criterii cumulative: - AIJ sistemică** |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**- AIJ poliarticulară** |\_| DA |\_| NU

**1.** Cel puţin 5 articulaţii tumefiate şi/sau cel puţin 3 articulaţii cu mobilitate diminuată, dureroase la mişcare şi presiune (sau ambele)

\_

|\_|

**2.** Lipsa de răspuns la MTX sau SSZ conform precizărilor din protocol

\_

|\_|

**3.** Lipsa de răspuns la corticoterapie generală conform precizărilor din protocol

\_

|\_|

\_

**4.** VSH > 20 mm/1 h şi PCR >/= 3 x valoarea normală |\_|

**5.** Screeninguri, analize de laborator conform Fişei de Iniţiere din RRBR şi dovada vaccinării conform precizărilor din protocol (pentru ambele forme)

\_

|\_|

**6.** Absenţa contraindicaţiilor recunoscute la terapiile biologice (pentru ambele forme)

\_

|\_|

\_ \_

**b) Criterii cumulative: - AIJ asociată cu entezita** |\_| DA |\_| NU

\_

**1.** Dureri lombare cu caracter inflamator |\_|

\_

**2.** HLA B27+ |\_|

\_

**3.** Artrită băiat > 6 ani |\_|

\_

**4.** Uveită anterioară acută |\_|

\_

**5.** Sacroiliită evidenţiată RMN, după caz |\_|

\_

**6.** FR- |\_|

**7.** Screeninguri, analize de laborator conform Fişei de Iniţiere din RRBR şi dovada vaccinării conform precizărilor din protocol (pentru ambele forme)

\_

|\_|

**8.** Absenţa contraindicaţiilor recunoscute la terapiile biologice (pentru ambele forme)

\_

|\_|

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**1.** Contraindicaţiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

**1.** Ameliorare >/= 30% reducere a scorului în cel puţin 3 din cele 5 criterii (se continuă tratamentul)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**2.** Creşterea >/= 30% a scorului în nu mai mult decât unul din cele 5 criterii (se continuă tratamentul)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**3.** Creşterea scorului ACR >/= 30% în cel puţin 3 din cele 5 criterii (se face switch)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Reducerea scorului >/= 30% în nu mai mult decât unul din cele 5 criterii (se face switch)

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5.** Cel puţin 2 articulaţii rămase active (se face switch) |\_| DA |\_| NU

**6.** Terapie combinată cu csDMARD cu precizările din protocol/Monoterapie biologică justificată conform protocolului

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**7.** Analize de laborator conform Fişei de Monitorizare din RRBR

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_ \_

**1.** Reacţie adversă severă |\_| DA |\_| NU

**2.** Contraindicaţiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

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.

**#M2**

***Cod formular specific: L040M***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU ARTROPATIE PSORIAZICĂ - AGENŢI BIOLOGICI -***

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

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

***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* ***L040M***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***\_ \_***

***1.*** *Diagnostic cert de AP (criterii CASPAR) |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *AP severă DAPSA > 28 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *> 5 articulaţii dureroase/tumefiate |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *PCR > 3 x valoarea normală (cantitativ) |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Lipsă de răspuns la 2 csDMARD ca doze şi durată, conform |\_| DA |\_| NU*

*precizărilor din protocol (AP fără factori de prognostic*

*nefavorabili)*

*\_ \_*

***6.*** *Lipsă de răspuns la 1 csDMARD ca doze şi durată, conform |\_| DA |\_| NU*

*precizărilor din protocol (AP cu factori de prognostic*

*nefavorabili)*

*\_ \_*

***7.*** *Răspuns ineficient la 2 cure de AINS de minim 6 săpt. |\_| DA |\_| NU*

*fiecare (AP predominant axială activă cu BASDAI > 6)*

*\_ \_*

***8.*** *Răspuns ineficient la 2 cure de AINS de minim 6 săpt. |\_| DA |\_| NU*

*fiecare şi/sau răspuns ineficient la cel puţin o*

*administrare de glucocorticoid injectabil local (AP cu*

*entezită şi/sau dactilită activă)*

*\_ \_*

***9.*** *2VAS (globală şi durere), calcul DAPSA, screeninguri şi |\_| DA |\_| NU*

*analize de laborator conform Fişei de Iniţiere obligatorii*

*din RRBR (element de audit/control date în format*

*electronic)*

*\_ \_*

***10.*** *Absenţa contraindicaţiilor recunoscute la terapia biologică |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***11.*** *Fişă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli |\_| DA |\_| NU*

*Reumatice)*

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

*\_ \_*

*Contraindicaţiile recunoscute la terapia biologică conform |\_| DA |\_| NU*

*protocolului*

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

***\_ \_***

***1.*** *Răspuns terapeutic DAPSA conform protocolului (se continuă |\_| DA |\_| NU*

*terapia)*

*\_ \_*

***2.*** *Lipsa de răspuns/Pierderea răspunsului terapeutic DAPSA |\_| DA |\_| NU*

*conform protocolului (se face switch)*

*\_ \_*

***3.*** *Reacţie adversă raportată în Fişa de Reacţie Adversă din |\_| DA |\_| NU*

*RRBR şi ANM (se face switch)*

*\_ \_*

***4.*** *VAS, calcul DAPSA şi analize de laborator conform Fişei de |\_| DA |\_| NU*

*Monitorizare obligatorii din RRBR (element de audit/control*

*date în format electronic)*

*\_ \_*

***5.*** *Fişă pacient introdusă în RRBR |\_| DA |\_| NU*

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

***\_ \_***

***1.*** *Reacţie adversă severă |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Contraindicaţiile recunoscute la terapia biologică conform |\_| DA |\_| NU*

*protocolului*

*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.*

**#M2**

***Cod formular specific: L041M***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU SPONDILITĂ ANCHILOZANTĂ - AGENŢI BIOLOGICI***

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

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

***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* ***L041M***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***\_ \_***

***1.*** *Diagnostic cert de SA (criterii NY 1984, adaptate) cu |\_| DA |\_| NU*

*imagistică ca dovadă*

*\_ \_*

***2.*** *BASDAI > 6 la 2 evaluări succesive separate de cel puţin |\_| DA |\_| NU*

*4 săpt.*

*\_ \_*

***3.*** *ASDAS >/= 2,5 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *VSH > 28 mm/1 h şi/sau PCR > 3 x valoarea normală |\_| DA |\_| NU*

*(cantitativ)*

*\_ \_*

***5.*** *Eşecul a 2 cure de AINS de minim 6 săpt. fiecare |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Răspuns ineficient la SSZ cel puţin 4 luni pentru formele |\_| DA |\_| NU*

*periferice*

*\_ \_*

***7.*** *Răspuns ineficient la cel puţin o administrare de |\_| DA |\_| NU*

*glucocorticoid injectabil local*

*\_ \_*

***8.*** *Prezenţa coxitei, uveitei sau a BID dovedite (iniţiere cu |\_| DA |\_| NU*

*ASDAS 2,1 - 2,5 şi BASDAI > 4)*

*\_ \_*

***9.*** *2 BASDAI la 2 evaluări succesive separate de cel puţin |\_| DA |\_| NU*

*4 săpt., screeninguri şi analize de laborator conform Fişei*

*de Iniţiere obligatorii din RRBR (element de audit/control*

*date în format electronic)*

*\_ \_*

***10.*** *Absenţa contraindicaţiilor recunoscute la terapia biologică |\_| DA |\_| NU*

*(pentru ambele forme axiale şi mixte)*

*\_ \_*

***11.*** *Fişă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli |\_| DA |\_| NU*

*Reumatice)*

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

*\_ \_*

*Contraindicaţiile recunoscute la terapia biologică conform |\_| DA |\_| NU*

*protocolului*

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

***\_ \_***

***1.*** *Răspuns terapeutic/răspuns parţial ASDAS conform |\_| DA |\_| NU*

*protocolului (se continuă terapia)*

*\_ \_*

***2.*** *Lipsă de răspuns terapeutic ASDAS conform protocolului (se |\_| DA |\_| NU*

*face switch)*

*\_ \_*

***3.*** *Reacţie adversă raportată în Fişa de Reacţie Adversă din |\_| DA |\_| NU*

*RRBR şi ANM (se face switch)*

*\_ \_*

***4.*** *BASDAI şi analize de laborator conform Fişei de |\_| DA |\_| NU*

*Monitorizare obligatorii din RRBR (element de audit/control*

*date în format electronic)*

*\_ \_*

***5.*** *Fişă pacient introdusă în RRBR |\_| DA |\_| NU*

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

***\_ \_***

***1.*** *Reacţie adversă severă |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Contraindicaţiile recunoscute la terapia biologică conform |\_| DA |\_| NU*

*protocolului*

*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.*

**#B**

**Cod formular specific: L042C.1**

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

**- indicaţia carcinoma renal -**

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L042C.1**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (toate criteriile vor fi îndeplinite)**

**1.** Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Diagnostic de carcinom renal confirmat histopatologic: |\_| DA |\_| NU

**3.** Boala metastazată, local avansată sau recidivată (chirurgical nerezecabilă):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Sunt eligibile pentru tratament următoarele categorii de pacienţi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_

- Netrataţi anterior sistemic (tratament de linia 1) |\_|

- Trataţi anterior cu inhibitori de tirozinkinază sau inhibitori de

\_

m-TOR sau anti-VEGF şi care au progresat sub aceste terapii sau, |\_|

- Trataţi anterior cu inhibitori de tirozinkinază şi inhibitori de m-TOR

\_

care au progresat sub aceste terapii sau, |\_|

- Trataţi anterior cu interferon-alfa sau interleukina-2 sau care nu se

\_

califică pentru aceste terapii |\_|

\_ \_

**5.** Vârsta > 18 ani: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

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

**7.** Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

- Hemoglobina > 9 g/dl, leucocite > 3.000/mm3, neutrofile > 1.000/mm3, trombocite > 60.000/mm3

\_

|\_|

- Probe hepatice: bilirubina totală < 2,5 x limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină < 5 x LSN

\_

|\_|

- Probe renale: clearance al creatininei > 45 ml/min (sau echivalent de creatinină serică < 2 x LSN)

\_

|\_|

- poate fi administrat la pacienţi cu insuficienţă hepatică Child-Pugh A sau B

\_

|\_|

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**1.** Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Status de performanţă ECOG >/= 3: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Insuficienţă hepatică severă (Clasa Child-Pugh C): |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** Hipertensiune arterială necontrolată medicamentos: |\_| DA |\_| NU

**5.** Istoric de boală cardiacă (evenimente cardiace prezente în ultimele 12 luni) precum:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_

a) Infarct miocardic sau angină pectorală instabilă sau severă |\_|

\_

b) Bypass cu grefă pe artere coronariene sau periferice |\_|

\_

c) Insuficienţă cardiacă congestivă simptomatică |\_|

d) Accident vascular cerebro-vascular (AVC) sau accident ischemic tranzitoriu (AIT)

\_

|\_|

\_

e) Trombo-embolism pulmonar |\_|

\_ \_

**6.** Intervenţie chirurgicală majoră în ultimele 28 zile |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**7.** Sarcină/alăptare |\_| 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 |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală stabilă |\_|

\_

D. Beneficiu clinic |\_|

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

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

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

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**Criterii de întrerupere temporară a tratamentului** (\* în eventualitatea în care apar, tratamentul cu **SUNITINIB** se întrerupe până la recuperarea/rezolvarea evenimentului respectiv, după care tratamentul se poate relua, în funcţie de decizia medicului curant):

\_

1. Planificarea unor intervenţii chirurgicale majore |\_|

2. Leuco-encefalopatie post reversibilă (convulsii, cefalee, scăderea atenţiei, tulburări vedere)

\_

|\_|

\_

3. Sindrom de liză tumorală (SLT) |\_|

4. Infecţii grave, cu/fără neutropenie (respiratorii, ale tractului urinar, cutanate şi sepsis)

\_

|\_|

\_

5. Fasceită necrozantă, inclusiv de perineu |\_|

6. Hipoglicemie simptomatică (necesită spitalizare din cauza pierderii conştienţei)

\_

|\_|

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

(\* oricare din aceste criterii - minim unul, trebuie să fie îndeplinit)

**1. Statusul bolii** la data evaluării - demonstrează lipsa beneficiului terapeutic

\_

|\_|

\_

a. Boala progresivă documentată obiectiv (imagistic) |\_|

\_

b. Lipsa beneficiului clinic (deteriorare simptomatică) |\_|

\_

**2. Deces** |\_|

**3. Toxicitate hematologică/hepatică/renală** severă (grad 3 - 4 CTCAE), recurentă şi la doze scăzute:

\_

|\_|

\_

• leucopenie şi/sau neutropenie (repetare toxicitate grad 4 CTCAE) |\_|

\_

• trombocitopenie (repetare toxicitate grad 3 - 4 CTCAE) |\_|

• creşterea bilirubinei totală şi/sau a transaminazelor şi/sau a fosfatazei alcalină (repetare toxicitate grad 3 - 4 CTCAE)

\_

|\_|

\_

• clearance al creatininei < 40 - 45 ml/min |\_|

\_

• progresia insuficienţei hepatice la Child-Pugh C |\_|

**4. Efecte secundare inacceptabile** pentru continuarea tratamentului (oricare din cele de mai jos, în funcţie de decizia medicului curant):

\_

|\_|

• reacţii cutanate severe (eritem polimorf, sindrom Stevens-Johnson, necroliză epidermică toxică)

\_

|\_|

• evenimente hemoragice severe (gastro-intestinale, respiratorii, tract urinar sau cerebrale)

\_

|\_|

• scăderea fracţiei de ejecţie < 50% sau scăderea cu peste 20% faţă de valoarea de la iniţierea tratamentului, chiar dacă nu sunt dovezi clinice de ICC

\_

|\_|

• microangiopatietrombotice (anemie hemolitică, trombocitopenie, fatigabilitate, manifestări neurologice fluctuante, insuficienţă renală şi febră)

\_

|\_|

\_

• pancreatită (tablou clinic prezent) |\_|

\_

• insuficienţă hepatică Child-Pugh C |\_|

\_

• proteinurie severă, sindrom nefrotic |\_|

\_

• apariţia unor fistule |\_|

\_

• edem angioneurotic sau alte reacţii de hipersensibilitate |\_|

\_

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

\_

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

\_

**7. Alt motiv**, specificat: ........................................ |\_|

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.

**Cod formular specific: L042C.2**

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

**- indicaţia GIST -**

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L042C.2**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

**(\* toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)**

**1.** Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**2.** Diagnostic de GIST (Tumoră Stromală Gastro-Intestinală) confirmat histopatologic:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**3.** Boala metastazată, local avansată sau recidivată (chirurgical nerezecabilă):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**4.** Sunt eligibili pacienţii trataţi cu imatinib în prima linie şi care au progresat sau nu au tolerat acest tratament:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

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

**6.** Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

- Hemoglobina > 9 g/dl, leucocite > 3.000/mm3, neutrofile > 1.000/mm3, trombocite > 75.000/mm3

\_

|\_|

- Probe hepatice: bilirubina totală < 2,5 x limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină < 5 x LSN

\_

|\_|

- Probe renale: clearance al creatininei > 45 ml/min (sau echivalent de creatinină serică < 2 x LSN)

\_

|\_|

- poate fi administrat la pacienţi cu insuficienţă hepatică Child-Pugh A sau B

\_

|\_|

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**1.** Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Insuficienţă hepatică severă (Clasa Child-Pugh C): |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Hipertensiune arterială necontrolată medicamentos: |\_| DA |\_| NU

**4.** Sângerări importante (hemoragie digestivă, cerebrală, hemoptizie, hematurie):

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**5.** Istoric de boală cardiacă (evenimente cardiace prezente în ultimele 12 luni) precum:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_

a) Infarct miocardic sau angină pectorală instabilă sau severă |\_|

\_

b) Bypass cu grefă pe artere coronariene sau periferice |\_|

\_

c) Insuficienţă cardiacă congestivă simptomatică |\_|

d) Accident vascular cerebro-vascular (AVC) sau accident ischemic tranzitoriu (AIT)

\_

|\_|

\_

e) Trombo-embolism pulmonar |\_|

\_ \_

**6.** Sarcină/alăptare |\_| 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 |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală stabilă |\_|

\_

D. Beneficiu clinic |\_|

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

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

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

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**Criterii de întrerupere temporară a tratamentului** (\* în eventualitatea în care apar, tratamentul cu **SUNITINIB** se întrerupe până la recuperarea/rezolvarea evenimentului respectiv, după care tratamentul se poate relua, în funcţie de decizia medicului curant)

\_

1. Planificarea unor intervenţii chirurgicale majore |\_|

2. Leuco-encefalopatie post reversibilă (convulsii, cefalee, scăderea atenţiei, tulburări vedere)

\_

|\_|

\_

3. Sindrom de liză tumorală (SLT) |\_|

4. Infecţii grave, cu/fără neutropenie (respiratorii, ale tractului urinar, cutanate şi sepsis)

\_

|\_|

\_

5. Fasceită necrozantă, inclusiv de perineu |\_|

6. Hipoglicemie simptomatică (necesită spitalizare din cauza pierderii conştienţei)

\_

|\_|

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

(\* oricare din aceste criterii - minim unul, trebuie să fie îndeplinit)

**1. Statusul bolii** la data evaluării - demonstrează lipsa beneficiului terapeutic

\_

|\_|

\_

a. Boala progresivă documentată obiectiv (imagistic) |\_|

\_

b. Lipsa beneficiului clinic (deteriorare simptomatică) |\_|

\_

**2. Deces** |\_|

**3. Toxicitate hematologică/hepatică/renală** severă (grad 3 - 4 CTCAE), recurentă şi la doze scăzute:

\_

|\_|

\_

• leucopenie şi/sau neutropenie (repetare toxicitate grad 4 CTCAE) |\_|

\_

• trombocitopenie (repetare toxicitate grad 3 - 4 CTCAE) |\_|

• creşterea bilirubinei totală şi/sau a transaminazelor şi/sau a fosfatazei alcalină (repetare toxicitate grad 3 - 4 CTCAE)

\_

|\_|

\_

• clearance al creatininei < 40 - 45 ml/min |\_|

\_

• progresia insuficienţei hepatice la Child-Pugh C |\_|

**4. Efecte secundare inacceptabile** pentru continuarea tratamentului (oricare din cele de mai jos, în funcţie de decizia medicului curant):

\_

|\_|

• reacţii cutanate severe (eritem polimorf, sindrom Stevens-Johnson, necroliză epidermică toxică)

\_

|\_|

• evenimente hemoragice severe (gastro-intestinale, respiratorii, tract urinar sau cerebrale)

\_

|\_|

• scăderea fracţiei de ejecţie < 50% sau scăderea cu peste 20% faţă de valoarea de la iniţierea tratamentului, chiar dacă nu sunt dovezi clinice de ICC

\_

|\_|

• microangiopatietrombotice (anemie hemolitică, trombocitopenie, fatigabilitate, manifestări neurologice fluctuante, insuficienţă renală şi febră)

\_

|\_|

\_

• pancreatită (tablou clinic prezent) |\_|

\_

• insuficienţă hepatică Child-Pugh C |\_|

\_

• proteinurie severă, sindrom nefrotic |\_|

\_

• apariţia unor fistule |\_|

\_

• edem angioneurotic sau alte reacţii de hipersensibilitate |\_|

\_

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

\_

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

\_

**7. Alt motiv**, specificat: ........................................ |\_|

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.

**#M2**

***Cod formular specific: L043M***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU POLIARTRITA REUMATOIDĂ - AGENŢI BIOLOGICI***

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

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

***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* ***L043M***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***Varianta 1:***

*\_ \_*

***1.*** *Diagnostic cert de PR (criterii EULAR/ACR2010) DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***2.*** *PR severă DAS28 > 5,1 DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***3.*** *> 5 articulaţii dureroase/tumefiate DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***4.*** *Redoare matinală > 1 h DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***5.*** *VSH > 28 mm/1 h sau PCR > 3 x valoarea normală DA |\_| NU |\_|*

*(cantitativ)*

*\_ \_*

***6.*** *Lipsa de răspuns la 2 csDMARD ca doze şi durată, conform DA |\_| NU |\_|*

*precizărilor din protocol*

*\_ \_*

***7.*** *Absenţa contraindicaţiilor recunoscute la terapia DA |\_| NU |\_|*

*biologică (pentru ambele forme)*

*\_ \_*

***8.*** *VAS, screeninguri şi analize de laborator conform Fişei DA |\_| NU |\_|*

*de Iniţiere obligatorii din RRBR (pentru ambele forme)*

*(element de audit/control date în format electronic)*

*\_ \_*

***9.*** *Fişă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli DA |\_| NU |\_|*

*Reumatice)*

***Varianta 2:***

*\_ \_*

***1.*** *PR cu factori de prognostic nefavorabili DAS28 > 3,2 DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***2.*** *Vârsta < 45 ani DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***3.*** *Ac anti CCP > 10 x limita superioară a normalului DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***4.*** *VSH > 50 mm/1 h şi PCR > 5 x valoarea normală DA |\_| NU |\_|*

*(cantitativ)*

*\_ \_*

***5.*** *Eroziuni evidenţiate radiologie (cu dovada existenţei DA |\_| NU |\_|*

*acestora)*

*\_ \_*

***6.*** *Lipsa de răspuns la 1 csDMARD ca doze şi durată, conform DA |\_| NU |\_|*

*precizărilor din protocol*

*\_ \_*

***7.*** *Absenţa contraindicaţiilor recunoscute la terapia DA |\_| NU |\_|*

*biologică (pentru ambele forme)*

*\_ \_*

***8.*** *VAS, screeninguri şi analize de laborator conform Fişei de DA |\_| NU |\_|*

*Iniţiere obligatorii din RRBR (pentru ambele forme)*

*(element de audit/control date în format electronic)*

*\_ \_*

***9.*** *Fişă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli DA |\_| NU |\_|*

*Reumatice)*

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

*\_ \_*

*Contraindicaţiile recunoscute la terapia biologică conform DA |\_| NU |\_|*

*protocolului*

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

*\_ \_*

***1.*** *Răspuns terapeutic DAS28 conform protocolului (se continuă DA |\_| NU |\_|*

*terapia)*

*\_ \_*

***2.*** *Lipsa de răspuns terapeutic DAS28 conform protocolului (se DA |\_| NU |\_|*

*face switch)*

*\_ \_*

***3.*** *Reacţie adversă raportată în Fişa de Reacţie Adversă din DA |\_| NU |\_|*

*RRBR şi ANM (se face switch)*

*\_ \_*

***4.*** *Respectă criteriile de reperfuzie conform protocolului DA |\_| NU |\_|*

*(doar pentru Rituximabum)*

*\_ \_*

***5.*** *Terapie combinată cu csDMARD/monoterapie biologică DA |\_| NU |\_|*

*justificată, cu precizările din protocol*

*\_ \_*

***6.*** *VAS, screeninguri şi analize de laborator conform Fişei DA |\_| NU |\_|*

*de Monitorizare obligatorii din RRBR (pentru ambele forme)*

*(element de audit/control date în format electronic)*

*\_ \_*

***7.*** *Fişă pacient introdusă în RRBR DA |\_| NU |\_|*

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

*\_ \_*

***1.*** *Reacţie adversă severă DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***2.*** *Contraindicaţiile recunoscute la terapia biologică conform DA |\_| NU |\_|*

*protocolului*

*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.*

**#B**

**Cod formular specific: L044L**

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU PSORIAZIS - AGENŢI BIOLOGICI**

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L044L**

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

**1.** Pacientul a fost introdus în Registrul Naţional de Dermatologie

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Terapia convenţională conform protocolului |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** PASI iniţial >/= 10 |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**4.** PASI actual </= 50% PASI iniţial |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**5.** DLQI iniţial >/= 10 |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**6.** DLQI actual </= 5u DLQI iniţial |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**7.** Ex. Histopatologic de PSO vulgar |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**8.** Analize conform protocol: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

- HLG |\_| - TGP |\_|

\_ \_

- VSH |\_| - Creatinină |\_|

\_ \_

- TGO |\_| - Ex. Sumar urină |\_|

\_ \_

**9.** Testare TB conform protocol |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**10.** Rx. Pulmonar |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**11.** Chimioprofilaxie |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**12.** Consimţământ conform protocol |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**13.** Formular DLQI conform protocol |\_| DA |\_| NU

**B. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

\_

**1.** motive medicale |\_|

\_

**2.** voluntar |\_|

\_

**3.** reacţii adverse |\_|

\_

**4.** tratament ineficient |\_|

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\*)

**#CIN**

***\*)*** *Ultima frază din Formularul specific cu codul L044L nu este completă, însă ea este reprodusă exact în forma în care a fost publicată la pagina 195 din Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 151 bis din 28 februarie 2017.*

**#B**

**Cod formular specific: L047C.1**

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

**- indicaţia mezoteliom -**

**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:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 **L047C.1**

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

**(\* toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)**

**1.** Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**2.** Diagnostic de mezoteliom pleural malign confirmat histopatologic/citologic:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_ \_

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

**4.** Sunt eligibile pentru tratament următoarele categorii de pacienţi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_

a. Fără tratament chimioterapic anterior, |\_|

b. Pacienţi la care din lipsa unui diagnostic de certitudine obţinut în timp util s-a efectuat altă asociere de citostatice în prima linie (ex: diagnostic histo-patologic de carcinom apoi diagnostic IHC de mezoteliom pleural)

\_

|\_|

\_ \_

**5.** Vârsta > 18 ani: |\_| DA |\_| NU

**6.** Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

\_

- neutrofile > 1.500/mm3, trombocite > 100.000/mm3 |\_|

- bilirubina totală </= 1,5 x limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST, ALT) </= 3 x LSN (pacienţi fără metastaze hepatice) şi </= 5 x LSN (în cazul prezenţei metastazelor hepatice)

\_

|\_|

\_

- clearance al creatininei >/= 60 ml/min |\_|

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**(\* criterii cumulative cu bifa nu)**

\_ \_

**1.** Vaccinare recentă cu vaccin împotriva febrei galbene: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**2.** Sarcină/alăptare: |\_| DA |\_| NU

\_ \_

**3.** Neurotoxicitate grad 3 sau 4: |\_| DA |\_| NU

**4.** Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi:

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

(\* toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)

**1.** Statusul bolii la data evaluării:

\_

A. Remisiune completă |\_|

\_

B. Remisiune parţială |\_|

\_

C. Boală stabilă |\_|

\_

D. Beneficiu clinic |\_|

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

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

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

\_ \_

|\_| DA |\_| NU

**Criterii de întrerupere temporară a tratamentului** (\* în eventualitatea în care apar, tratamentul cu **PEMETREXEDUM** se întrerupe până la recuperarea/rezolvarea evenimentului respectiv, după care tratamentul se poate relua, în funcţie de decizia medicului curant)

\_

|\_|

1. Toxicitate hematologică/non-hematologică de grad 3 sau 4, după 2 scăderi succesive ale dozelor

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

(\* oricare din aceste criterii - minim unul, trebuie să fie îndeplinit)

**1. Statusul bolii** la data evaluării - este demonstrată lipsa beneficiului terapeutic

\_

|\_|

\_

a. Boala progresivă documentată obiectiv (imagistic) |\_|

\_

b. Lipsa beneficiului clinic (deteriorare simptomatică) |\_|

\_

**2. Deces** |\_|

\_

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

\_

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

\_

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

\_

**6. Alt motiv**, specificat: ......................................... |\_|

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.

**#M1**

***Cod formular specific: L047C.2***

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

***- indicaţia carcinom pulmonar -***

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

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

***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* ***L047C.2***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***(toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)***

*\_ \_*

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

*\_ \_*

***2.*** *Diagnostic de carcinom pulmonar nonscuamos confirmat DA |\_| NU |\_|*

*histopatologic/citologic:*

*\_ \_*

***3.*** *Boală metastazată, local avansată sau recidivată (chirurgical DA |\_| NU |\_|*

*nerezecabilă):*

*\_ \_*

***4.*** *Sunt eligibile pentru tratament următoarele categorii de DA |\_| NU |\_|*

*pacienţi:*

*\_*

*a. Fără tratament chimioterapic anterior, |\_|*

*\_*

*b. Pacienţi trataţi anterior specific |\_|*

*c. Ca tratament de întreţinere la pacienţi cu răspuns terapeutic favorabil*

*\_*

*la chimioterapia de inducţie |\_|*

*\_ \_*

***5.*** *Vârsta > 18 ani: DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***6.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului DA |\_| NU |\_|*

*în condiţii de siguranţă:*

*\_*

*- neutrofile > 1.500/mm3, trombocite > 100.000/mm3 |\_|*

*- bilirubina totală </= 1,5 x limita superioară a normalului (LSN),*

*transaminaze (AST, ALT) </= 3 x LSN (pacienţi fără metastaze hepatice) \_*

*şi </= 5 x LSN (în cazul prezenţei metastazelor hepatice) |\_|*

*\_*

*- clearance al creatininei >/= 60 ml/min |\_|*

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

***(criterii cumulative cu bifa nu)***

*\_ \_*

***1.*** *Vaccinare recentă cu vaccin împotriva febrei galbene: DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***2.*** *Sarcină/alăptare: DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***3.*** *Neurotoxicitate grad 3 sau 4: DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***4.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din DA |\_| NU |\_|*

*excipienţi:*

***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 |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

*\_ \_*

***2.*** *Starea clinică a pacientului permite continuarea tratamentului: DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***3.*** *Probele biologice permit continuarea tratamentului în condiţii DA |\_| NU |\_|*

*de siguranţă:*

***Criterii de întrerupere temporară a tratamentului*** *(în eventualitatea în care apar, tratamentul cu* ***PEMETREXEDUM*** *se întrerupe până la recuperarea/rezolvarea evenimentului respectiv, după care tratamentul se poate relua, în funcţie de decizia medicului curant)*

*1. Toxicitate hematologică/nonhematologică de grad 3 sau 4, după 2 scăderi succesive ale dozelor*

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

***(oricare din aceste criterii - minim unul trebuie să fie îndeplinit)***

*\_*

***1. Statusul bolii*** *la data evaluării - este demonstrată lipsa |\_|*

*beneficiului terapeutic*

*\_*

*a. Boală progresivă documentată obiectiv (imagistic) |\_|*

*\_*

*b. Lipsa beneficiului clinic (deteriorare simptomatică) |\_|*

*\_*

***2. Deces*** *|\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*\_*

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

*\_*

***6. Alt motiv****, specificat: ........................................ |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L04AX02***

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

***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 L04AX02*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

***1. Mielom multiplu netratat****, pacienţi cu* ***vârsta >/= 65 de ani sau*** *care* ***nu sunt eligibili pentru chimioterapie cu doze mari, în asociere cu melfalan şi prednison sau alte combinaţii conform ghidurilor ESMO şi NCCN***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Metoda de diagnostic:*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. ex. medular: >/= 10% plasmocite clonale |\_|*

*\_*

*< 10% plasmocite clonale |\_|*

*\_*

*c. Electroforeza proteinelor serice + dozări + imunofixare |\_|*

*\_*

*d. lanţuri uşoare serice |\_|*

*\_*

*e. probe renale |\_|*

*\_*

*f. calcemie |\_|*

*\_*

*g. ex. imagistice |\_|*

*\_ \_*

*3. Plasmocitom - mai mult de 1 leziune |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*4. Boală activă - criterii CRAB: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. hipercalcemie > 11,0 mg/dl |\_|*

*\_*

*b. creatinină > 2,0 mg/ml |\_|*

*\_*

*c. anemie cu Hb < 10 g/dl |\_|*

*\_*

*d. leziuni osoase active |\_|*

*\_*

*e. simptome cauzate de boala subiacentă |\_|*

*5. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Sarcina |\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Femei aflate în perioada fertilă, cu excepţia cazurilor în care sunt respectate toate condiţiile din Programul de Prevenire a Sarcinii*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Pacienţi incapabili să urmeze sau să respecte măsurile contraceptive necesare*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

***1.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *Electroforeza proteinelor serice + dozări + imunofixare\* |\_|* ***şi/sau***

*\_*

***c.*** *lanţuri uşoare serice\* |\_|*

*\_*

***d.*** *probe renale\* |\_|*

*\_*

***e.*** *calcemie\* |\_|*

***2.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

*------------*

*\* La aprecierea medicului*

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

*\_*

*a. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

*b. Toxicitate inacceptabilă sau toxicitatea persistentă după două scăderi succesive de doză*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*c. Sarcină |\_|*

*\_*

*d. Încheierea celor 12 cicluri |\_|*

*\_*

*e. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

*f. Deces |\_|*

*\_*

*g. Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: B02BX05***

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

***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* ***B02BX05***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Diagnostic:* ***Purpură trombocitopenică imună*** *(idiopatică)* ***cronică*** *(PTI)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Pacienţi* ***adulţi*** *cu purpură trombocitopenică imună (idiopatică) (PTI) cronică* ***splenectomizaţi*** *care sunt refractari la alte tratamente (de exemplu corticosteroizi, imunoglobuline)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Tratamentul de linia a doua a adulţilor* ***nesplenectomizaţi*** *pentru care* ***tratamentul chirurgical este contraindicat***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Metoda de diagnostic:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. oftalmologic |\_|*

*\_*

***d.*** *probe hepatice |\_|*

***5.*** *Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Insuficienţă hepatică |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma (număr trombocite) |\_|*

*\_*

***b.*** *probe hepatice\* |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. oftalmologic\* |\_|*

***2.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

*------------*

*\* La aprecierea medicului*

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

***1.*** *Numărul de trombocite nu creşte până la un nivel suficient pentru a preveni sângerarea importantă clinic după patru săptămâni de tratament cu o doză de eltrombopag 75 mg, o dată pe zi*

*\_*

*|\_|*

*\_*

***2.*** *Necomplianţa pacientului |\_|*

*\_*

***3.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

***4.*** *Deces |\_|*

*\_*

***5.*** *Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L01XC15***

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

***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* ***L01XC15***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

***a) Linia I*** *|\_| DA |\_| NU*

*1.* ***Leucemia limfatică cronică*** *(LLC) netratată anterior şi cu comorbidităţi care nu permit administrarea unui tratament pe bază de fludarabină în doză completă →* ***adulţi*** *(peste 18 ani)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Metoda de diagnostic:*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. ex. medular |\_|*

*\_*

*c. imunofenotipare prin citometrie în flux |\_|* ***sau***

*\_*

*d. examen histopatologic cu imunohistochimie |\_|*

*\_*

*e. examene biochimice (probe hepatice, renale etc.) |\_|*

*\_*

*f. testare infecţie cu virusul hepatic B |\_|*

*\_*

*g. examene imagistice |\_|*

*\_*

*h. examen ginecologic la femeile la vârsta fertilă |\_|*

*\_*

*i. EKG/examen cardiologic |\_|*

*\_*

*e. comorbidităţi |\_|*

*3. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Infecţie activă; atenţie atunci când se ia în considerare utilizarea la pacienţii cu infecţii recurente sau cronice în antecedente*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Hepatită B activă |\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Sarcina - nu trebuie administrat la femeile gravide decât dacă beneficiul potenţial depăşeşte riscul potenţial*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *hemoleucograma |\_|*

*\_*

***b.*** *probe hepatice |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. clinic |\_|*

***2.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

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

*\_*

*a. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

*\_*

*b. Toxicitate inacceptabilă |\_|*

*\_*

*c. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

*d. Deces |\_|*

*\_*

*e. Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L01XE24***

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

***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* ***L01XE24***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

***1. Leucemia mieloidă cronică*** *(LMC) în faza* ***cronică****, care prezintă* ***rezistenţă*** *la dasatinib sau nilotinib, şi pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutaţia T315I*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2. Leucemia mieloidă cronică*** *(LMC) în faza* ***accelerată****, care prezintă* ***rezistenţă*** *la dasatinib sau nilotinib, şi pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutaţia T315I*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3. Leucemia mieloidă cronică*** *(LMC) în faza* ***blastică****, care prezintă* ***rezistenţă*** *la dasatinib sau nilotinib, şi pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutaţia T315I*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4. Leucemia mieloidă cronică*** *(LMC) în faza* ***cronică****, care prezintă* ***intoleranţă*** *la dasatinib sau nilotinib şi pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutaţia T315I*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5. Leucemia mieloidă cronică*** *(LMC) în faza* ***accelerată****, care prezintă* ***intoleranţă*** *la dasatinib sau nilotinib şi pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutaţia T315I*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***6. Leucemia mieloidă cronică*** *(LMC) în faza* ***blastică****, care prezintă* ***intoleranţă*** *la dasatinib sau nilotinib şi pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutaţia T315I*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***7. Leucemia limfoblastică acută*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (LLA Ph+), care prezintă* ***rezistenţă*** *la dasatinib, şi pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutaţia T315I*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***8. Leucemia limfoblastică acută*** *cu cromozom Philadelphia pozitiv (LLA Ph+), care prezintă* ***intoleranţă*** *la dasatinib şi pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutaţia T315I*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***9.*** *Metoda de diagnostic (specifică fiecărei indicaţii):*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. citogenetic (Phl+) |\_|* ***sau***

*\_*

***d.*** *FISH |\_|* ***sau***

*\_*

***e.*** *Ex. molecular (bcr-abl) |\_|*

*\_*

***f.*** *ex. imunofenotipic\* |\_|*

*\_*

***g.*** *prezenţa mutaţiei T315I\*\* |\_|*

*\_*

***h.*** *evaluarea statusului cardio-vascular |\_|*

*\_*

***i.*** *testare AgHBs |\_|*

*\_*

***j.*** *lipaza serică |\_|*

*------------*

*\* În cazul LLA*

*\*\* În cazuri selecţionate*

***10.*** *Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*- Alergie la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

***a.*** *Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

***b.*** *ex. medular\* |\_|*

*\_*

***c.*** *ex. citogenetic (Phl+)\* |\_|*

***2.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*\_*

*- progresie |\_|*

*------------*

*\* La aprecierea medicului*

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

*\_*

***1.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

***2.*** *Intoleranţă la tratament |\_|*

*\_*

***3.*** *Eşec terapeutic |\_|*

*\_*

***4.*** *Deces |\_|*

*\_*

***5.*** *Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M2**

***Cod formular specific: A16AX07S.1***

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

***- hiperfenilalaninemia din fenilcetonurie -***

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

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

***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* ***A16AX07S.1***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT\*1)***

*\_ \_*

***1.*** *Fenilalanina plasmatică mai mare de 360 µmol/L la DA |\_| NU |\_|*

*confirmarea diagnosticului*

*\_ \_*

***2.*** *Pacientul primeşte tratament dietetic: restricţie de DA |\_| NU |\_|*

*proteine/fenilalanină şi alimente medicale specifice*

*(suplimente proteice fără fenilalanină)*

*\_ \_*

***3.*** *Are stabilită cantitatea de aminoacizi (proteine) fără DA |\_| NU |\_|*

*fenilalanina pe care o primeşte zilnic*

*\_ \_*

***4.*** *Se cunoaşte toleranţa la fenilalanină DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

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

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

*\_ \_*

***1.*** *Sensibilitate la substanţa activă sau excipienţi DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***2.*** *Familie/pacient necompliant la tratament DA |\_| NU |\_|*

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

***- Se completează prima dată la 6 luni de la iniţierea tratamentului***

***- Pacientul este eligibil pentru continuarea tratamentului dacă toate***

***criteriile de continuare sunt "DA"***

*\_ \_*

***1.*** *Creşterea aportului de proteine naturale DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***2.*** *Îmbunătăţirea controlului biochimic: cel puţin 50% din DA |\_| NU |\_|*

*dozările de fenilalanină efectuate pe perioada*

*tratamentului să fie în intervalul de referinţă*

*\_ \_*

***3.*** *Ameliorarea simptomatologiei neuropsihice sub tratament DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***4.*** *Reducerea aportului de aminoacizi (fără fenilalanină) din DA |\_| NU |\_|*

*alimente medicale*

*\_ \_*

***5.*** *Medicaţia este bine tolerată DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***6.*** *Îmbunătăţirea calităţii vieţii pacientului DA |\_| NU |\_|*

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

***1.*** *Nivelul fenilalaninei plasmatice a fost în permanenţă peste limita*

*\_*

*superioară a intervalului de referinţă |\_|*

***2.*** *Lipsa de răspuns la creşterea dozei de SAPROPTERINĂ până la*

*\_*

*20 mg/kg corp |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse la tratament inacceptabile |\_|*

*\_*

***4.*** *Pacientul refuză continuarea tratamentului |\_|*

*------------*

*\*1) Pacientul este eligibil pentru iniţierea tratamentului dacă toate criteriile de includere sunt DA şi toate criteriile de excludere sunt NU*

*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.*

**#M2**

***Cod formular specific: A16AX07S.2***

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

***- hiperfenilalaninemia non-PKU prin deficit de BH4 -***

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

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

***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* ***A16AX07S.2***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT\*1)***

***\_ \_***

***1.*** *Fenilalanina plasmatică mai mare de 120 µmol/L la DA |\_| NU |\_|*

*confirmarea diagnosticului*

*\_ \_*

***2.*** *Modificarea nivelului pterinelor pe spot de sânge/ DA |\_| NU |\_|*

*urină/LCR*

*\_ \_*

***3.*** *DHPR (dihidropterinreductaza) pe spot de sânge normală/ DA |\_| NU |\_|*

*scăzută*

*\_ \_*

***4.*** *Modificarea nivelului 5-Hidroxyindolacetic acid (5-HIAA) DA |\_| NU |\_|*

*şi al acidului homovanilic (HVA) în LCR*

*\_ \_*

***5.*** *Pacientul a efectuat testul de încărcare cu sapropterină DA |\_| NU |\_|*

*şi a fost responsiv (a prezentat o scădere a nivelului*

*fenilalaninei plasmatice >/= 30% sau ameliorarea*

*simptomatologiei neurologice după administrarea de*

*sapropterină)*

*\_ \_*

***6.*** *Modificări ale examenului neurologic DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

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

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

***\_ \_***

***1.*** *Sensibilitate la substanţa activă sau excipienţi DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***2.*** *Familie/pacient necompliant la tratament DA |\_| NU |\_|*

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

***\_ \_***

***1.*** *Ameliorarea simptomatologiei neuropsihice sub tratament DA |\_| NU |\_|*

*\_ \_*

***2.*** *Îmbunătăţirea calităţii vieţii pacientului DA |\_| NU |\_|*

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

***\_***

***1.*** *Simptomatologie şi examen neurologic neinfluenţate de tratament |\_|*

*\_*

***2.*** *Lipsa de răspuns la creşterea dozei de SAPROPTERINĂ până la |\_|*

*20 mg/kg corp*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse la tratament inacceptabile |\_|*

*\_*

***4.*** *Pacientul refuză continuarea tratamentului |\_|*

*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.*

*------------*

*\*1) Pacientul este eligibil pentru iniţierea tratamentului dacă toate criteriile de includere sunt DA şi toate criteriile de excludere sunt NU*

**#M3**

***Cod formular specific: J05AX65 - G7.1***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI COMBINAŢII (SOFOSBUVIR + LEDIPASVIR)***

***- pacienţi cu toleranţă la Ribavirină -***

***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 (12 săptămâni)*

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

***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 J05AX65 - G7.1*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Pacient adult cu ciroză hepatică decompensată cu VHC scor Child-Pugh >/= 7 puncte, indiferent de genotip*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *ARN-VHC detectabil |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Hb > 10 g/dL |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Creatinina serică < 2 mg/dL |\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Hepatocarcinom absent sau tratat prin rezecţie/RFA/TACE, după o perioadă de urmărire post tratament de 6 luni şi cu dovadă de răspuns complet la tratament*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Alte malignităţi evolutive absente |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *Ag HBs absent; dacă este* ***NU****, se completează şi* ***pct. 8*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***8.*** *Evaluarea completă a coinfecţiei cu VHB |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***9.*** *Coinfecţie cu HIV |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***10.*** *Comorbidităţi prezente |\_| DA |\_| NU*

*Dacă este* ***DA:*** *- precizaţi: ............................*

*- se completează şi* ***pct. 11***

***11.*** *Avizul medicului de specialitate care tratează comorbidităţile*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***12.*** *Scor MELD < 20 puncte |\_| DA |\_| NU*

***13.*** *Evaluarea şi înregistrarea corectă şi completă a medicamentelor utilizate de pacient în vederea evitării contraindicaţiilor sau interacţiunilor medicamentoase\**

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***14.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Sarcină |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Alăptare |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Malignităţi în evoluţie, inclusiv hepatocarcinom |\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Insuficienţă renală severă - pacient dializat (rata de filtrare glomerulară sub 30 ml/min la 1,73 m2, creatinina mai mare de 2 mg/dL)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Coinfecţie cu HIV cu CD4 < 200 celule/mm3 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Scor MELD > 20 puncte |\_| DA |\_| NU*

*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.*

*------------*

*\* RCP sau http//www.hepdruginteractions.org*

**#M3**

***Cod formular specific: J05AX65 - G7.2***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI COMBINAŢII (SOFOSBUVIR + LEDIPASVIR)***

***- pacienţi cu intoleranţă/contraindicaţii la Ribavirină -***

***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:*** *|\_| 6 luni (24 săptămâni)*

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

***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 J05AX65 - G7.2*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Pacient adult cu ciroză hepatică decompensată cu VHC scor Child-Pugh >/= 7 puncte*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *ARN-VHC detectabil |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Hb </= 10 g/dL la start |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Creatinina serică < 2 mg/dL |\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Hepatocarcinom absent sau tratat prin rezecţie/RFA/TACE, după o perioadă de urmărire post tratament de 6 luni şi cu dovadă de răspuns complet la tratament*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Alte malignităţi evolutive absente |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *Ag HBs absent; dacă este* ***NU****, se completează şi* ***pct. 8*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***8.*** *Evaluarea completă a coinfecţiei cu VHB |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***9.*** *Coinfecţie cu HIV |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***10.*** *Comorbidităţi prezente |\_| DA |\_| NU*

*Dacă este* ***DA:*** *- precizaţi: ............................*

*- se completează şi* ***pct. 11***

***11.*** *Avizul medicului de specialitate care tratează comorbidităţile*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***12.*** *Scor MELD < 20 puncte |\_| DA |\_| NU*

***13.*** *Reacţii adverse semnificative la Ribavirină în tratamentele anterioare*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***14.*** *Evaluarea şi înregistrarea corectă şi completă a medicamentelor utilizate de pacient în vederea evitării contraindicaţiilor sau interacţiunilor medicamentoase\**

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***15.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Sarcină |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Alăptare |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Malignităţi în evoluţie, inclusiv hepatocarcinom |\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Insuficienţă renală severă - pacient dializat (rata de filtrare glomerulară sub 30 ml/min la 1,73 m2, creatinina mai mare de 2 mg/dL)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Coinfecţie cu HIV cu CD4 < 200 celule/mm3 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Scor MELD > 20 puncte |\_| DA |\_| NU*

*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.*

*------------*

*\* RCP sau http//www.hepdruginteractions.org*

**#M3**

***Cod formular specific: J05AX65 - G4***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI COMBINAŢII (SOFOSBUVIR + LEDIPASVIR)***

***- pacienţi cu infecţie cu VHC post transplant hepatic -***

***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 (12 săptămâni)*

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

***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 J05AX65 - G4*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

***1.*** *Pacient adult post transplant hepatic din anul ........ |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_ \_ \_*

***2.*** *Gradul de fibroză hepatică |\_| F1 |\_| F2 |\_| F3 |\_| F4 determinat prin:*

*\_ \_*

*- Puncţie biopsie hepatică |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*- Fibromax |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *ARN-VHC detectabil |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Ac antiCitomegalovirusIgG negativ |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Ac antiCitomegalovirusIgM negativ |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Creatinina serică < 2 mg/dL |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *AFP < 50 ng/ml; dacă este* ***NU****, se completează şi* ***pct. 8*** *|\_| DA |\_| NU*

***8.*** *Explorarea imagistică (CT sau/şi IRM cu substanţă de contrast, după caz) infirmă suspiciunea de hepatocarcinom*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***9.*** *Ag HBs absent; dacă este* ***NU****, se completează şi* ***pct. 10*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***10.*** *Evaluarea completă a coinfecţiei cu VHB |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***11.*** *Coinfecţie cu HIV |\_| DA |\_| NU*

***12.*** *Evaluarea şi înregistrarea corectă şi completă a medicamentelor utilizate de pacient în vederea evitării contraindicaţiilor sau interacţiunilor medicamentoase\**

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***13.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Sarcină |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Alăptare |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Durata estimată de viaţă a pacientului apreciată că ar fi sub 1 an*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Insuficienţă renală severă (rata de filtrare glomerulară < 30 ml/min la 1,73 m2, Creatinina serică > 2 mg/dL)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Coinfecţie cu HIV cu CD4 < 200 celule/mm3 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Contraindicaţiile medicamentoase\* |\_| DA |\_| NU*

*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.*

*------------*

*\* RCP sau http//www.hepdruginteractions.org*

**#M3**

***Cod formular specific: J05AX66.1***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI COMBINAŢII (OMBITASVIR + PARITAPREVIR + RITONAVIR) + DCI DASABUVIR***

***- pacienţi cu diverse forme clinice de infecţie cu VHC -***

***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 (12 săptămâni)*

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

***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 J05AX66.1*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

***1.*** *Pacient adult\*: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a) F3 naiv |\_|*

*\_*

*b) F3 experimentat la tratamentul cu interferon |\_|*

*\_*

*c) F4 (ciroză compensată) naiv |\_|*

*\_*

*d) F4 (ciroză compensată) experimentat la tratamentul cu interferon |\_|*

*\_*

*e) F2 asociat cu crioglobulinemie mixtă |\_|*

*f) F2 cu boală renală asociată infecţiei cu virus C (glomerulo-nefrită*

*\_*

*membrano-proliferativă) |\_|*

*g) F2 asociat cu limfom cu celule B la care, prin tratamentul curativ*

*\_*

*standard, se poate înregistra o exacerbare a replicării virale C |\_|*

*\_*

*h) F2 asociat cu hemofilie |\_|*

*\_*

*i) F2 asociat cu talasemie majoră |\_|*

*j) F2, F3, F4 (ciroză compensată) asociată cu hepatocarcinom cu indicaţie*

*de transplant hepatic sau tratat prin rezecţie sau ablaţie, fără semne de*

*\_*

*recurenţă |\_|*

*k) personalul medical care, prin activitate, riscă să transmită infecţia cu*

*virus C pacienţilor pe care îi au în îngrijire, indiferent de gradul de fibroză*

*\_*

*hepatică |\_|*

*------------*

*\* Se completează doar situaţia în care se încadrează pacientul*

*\_ \_ \_ \_*

***2.*** *Gradul de fibroză hepatică |\_| F1 |\_| F2 |\_| F3 |\_| F4 determinat prin:*

*\_ \_*

*- Puncţie biopsie hepatică |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*- Fibromax |\_| DA |\_| NU*

*Dacă gradul de fibroză este* ***F4*** *se completează şi* ***pct. 3***

*\_ \_*

***3.*** *Scor Child-Pugh </= 6 puncte |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *ARN-VHC detectabil |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Creatinina serică < 2 mg/dL |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *AFP < 50 ng/ml; dacă este* ***NU****, se completează şi* ***pct. 7*** *|\_| DA |\_| NU*

***7.*** *Explorarea imagistică (CT sau/şi IRM cu substanţă de contrast, după caz)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***8.*** *Ag HBs absent; dacă este* ***NU****, se completează şi* ***pct. 9*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***9.*** *Evaluarea completă a coinfecţiei cu VHB |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***10.*** *Coinfecţie cu HIV |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***11.*** *Comorbidităţi prezente |\_| DA |\_| NU*

*Dacă este* ***DA:*** *- precizaţi: ............................*

*- se completează şi* ***pct. 12***

***12.*** *Avizul medicului de specialitate care tratează comorbidităţile*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***13.*** *Evaluarea şi înregistrarea corectă şi completă a medicamentelor utilizate de pacient, în vederea evitării contraindicaţiilor sau interacţiunilor medicamentoase\**

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***14.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Cirozele decompensate (ascită, icter, hemoragie digestivă, encefalopatie hepatică, peritonită bacteriană spontană, sind. hepato-renal - actual sau antecedente): scorul Child-Pugh > 6 puncte*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Cancerele hepatice care nu au indicaţie de transplant hepatic, cele tratate ablativ sau rezecate la mai puţin de 6 luni de la procedură sau dacă sunt semne (CT/IRM) de activitate/recidivă post procedură*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Coinfecţie cu HIV cu CD4 < 200 celule/mm3 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Contraindicaţiile medicamentoase\* |\_| DA |\_| NU*

*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.*

*------------*

*\* RCP sau http//www.hepdruginteractions.org*

**#M3**

***Cod formular specific: J05AX66.2***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI COMBINAŢII (OMBITASVIR + PARITAPREVIR + RITONAVIR) + DCI DASABUVIR***

***- pacienţi cu infecţie cu VHC şi insuficienţă renală cronică aflaţi în dializă -***

***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 (12 săptămâni)*

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

***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 J05AX66.2*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Pacient adult cu insuficienţă renală cronică aflat în dializa din anul ........*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_ \_*

***2.*** *Gradul de fibroză hepatică |\_| F2 |\_| F3 |\_| F4 determinat prin:*

*\_ \_*

*- Puncţie biopsie hepatică |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*- Fibromax |\_| DA |\_| NU*

*Dacă gradul de fibroză este* ***F4*** *se completează şi* ***pct. 3***

*\_ \_*

***3.*** *Scor Child-Pugh </= 6 puncte |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *ARN-VHC detectabil |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Rata de filtrare glomerulară < 30 ml/min la 1,73 m2 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Creatinina serică > 2 mg/dL |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *AFP < 50 ng/ml; dacă este* ***NU****, se completează şi* ***pct. 8*** *|\_| DA |\_| NU*

***8.*** *Explorarea imagistică (CT sau/şi IRM cu substanţă de contrast, după caz)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***9.*** *Ag HBs absent; dacă este* ***NU****, se completează şi* ***pct. 10*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***10.*** *Evaluarea completă a coinfecţiei cu VHB |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***11.*** *Coinfecţie HIV |\_| DA |\_| NU*

***12.*** *Comorbidităţi prezente, altele decât insuficienţă renală cronică*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*Dacă este* ***DA:*** *- precizaţi: ............................*

*- se completează şi* ***pct. 13***

***13.*** *Avizul medicului de specialitate care tratează comorbidităţile*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***14.*** *Evaluarea şi înregistrarea corectă şi completă a medicamentelor utilizate de pacient în vederea evitării contraindicaţiilor sau interacţiunilor medicamentoase\**

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***15.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Cirozele decompensate (ascită, icter, hemoragie digestivă, encefalopatie hepatică, peritonită bacteriană spontană, sind. hepato-renal - actual sau antecedente): scorul Child-Pugh > 6 puncte*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Cancerele hepatice care nu au indicaţie de transplant hepatic, cele tratate ablativ sau rezecate la mai puţin de 6 luni de la procedură sau dacă sunt semne (CT/IRM) de activitate/recidivă post procedură*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Coinfecţie cu HIV cu CD4 < 200 celule/mm3 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Contraindicaţiile medicamentoase\* |\_| DA |\_| NU*

*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.*

*------------*

*\* RCP sau http//www.hepdruginteractions.org*

**#M10**

***Cod formular specific: L01XC17***

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

***- indicaţia melanom malign -***

***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\*1)*

*\_ \_ \_*

*(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"****!*

*------------*

*\*1) Se codifică obligatoriu 117*

***SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE*** *Cod formular specific L01XC17*

***INDICAŢIE: Melanom malign***

***I. A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT MONOTERAPIE***

*1. Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Vârsta > 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*3. Melanom malign avansat local şi/sau regional, inoperabil sau metastazat, confirmat histologic (stadiile IIIC - IV)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Evaluare imagistică care certifică încadrarea în stadiile avansate de boală*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Status de performanţă ECOG 0-2 |\_| DA |\_| NU*

*6. Dacă sunt prezente determinări secundare cerebrale, acestea trebuie să fie tratate prin metode locale (radioterapie, neurochirurgie) şi să fie stabile neurologic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***B. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENTUL ASOCIAT\*2) CU DCI IPILIMUMABUM***

***(se completează obligatoriu şi formularul specific L01XC11)***

*1. Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Vârsta > 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*3. Melanom malign avansat local şi/sau regional, inoperabil sau metastazat, confirmat histologic (stadiile IIIC - IV)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Evaluare imagistică care certifică încadrarea în stadiile avansate de boală*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Status de performanţă ECOG 0-1 |\_| DA |\_| NU*

*6. Dacă sunt prezente determinări secundare cerebrale, acestea trebuie să fie tratate prin metode locale (radioterapie, neurochirurgie) şi să fie stabile neurologic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*------------*

*\*2) Doar la iniţierea tratamentului cu Nivolumabum*

***II. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT***

*1. Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Pacientă însărcinată sau care alăptează |\_| DA |\_| NU*

*3. Lipsa răspunsului la tratamentul anterior cu imunoterapie (antiPD1/antiPDL1 sau antiCTLA4 etc.)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Prezenţa unei afecţiuni autoimune, inclusiv diabet zaharat prin mecanism autoimun; afecţiunile cutanate autoimune (vitiligo, psoriazis), care nu necesită tratament sistemic imunosupresor, nu reprezintă contraindicaţie pentru Nivolumab sau asocierea Nivolumab cu Ipilimumab\**

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Boala interstiţială pulmonară simptomatică\* |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*6. Insuficienţă hepatică severă\* |\_| DA |\_| NU*

*7. Hepatită virală C sau B în antecedente (boală prezentă, evaluabilă cantitativ - determinare viremie)\**

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*8. Pacientul urmează tratament imunosupresiv pentru o afecţiune concomitentă (inclusiv corticoterapie în doză zilnică mai mare decât echivalentul a 10 mg de prednison)\*.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***\*Observaţie:***

*- Pentru pacienţii cu status de performanţă ECOG > 2, determinări secundare cerebrale netratate sau instabile neurologic, boală inflamatorie pulmonară preexistentă, afecţiuni autoimune preexistente, tratamente imunosupresoare anterioare, necesar de corticoterapie în doză mai mare de 10 mg de prednison pe zi sau echivalent, hepatită cronică cu virus B sau C tratată, controlată, cu viremie redusă semnificativ sau absentă după tratamentul specific, insuficienţă hepatică severă, nu există date din trialurile clinice de înregistrare, nefiind înrolaţi în aceste studii clinice pivot.*

*- Deoarece nu există o alternativă terapeutică eficientă pentru indicaţia curentă (mai ales pentru pacienţii fără mutaţii la nivelul BRAF), Nivolumab în monoterapie poate fi utilizat cu precauţie, chiar şi în absenţa datelor, pentru aceste grupe de pacienţi, după o analiză atentă a raportului risc potenţial-beneficiu, efectuată individual, pentru fiecare caz în parte.*

*- Asocierea Nivolumab cu Ipilimumab* ***nu se utilizează*** *la pacienţii cu boală interstiţială pulmonară simptomatică, insuficienţă hepatică severă, hepatită virală C sau B în antecedente sau pacienţi care urmează tratament imunosupresiv pentru o afecţiune concomitentă (inclusiv corticoterapie în doză zilnică mai mare decât echivalentul a 10 mg de Prednison), aceste condiţii fiind contraindicaţii absolute.*

***III. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI***

*1. Menţinerea consimţământului şi complianţei la tratament a pacientului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*a) Remisiune completă |\_|*

*\_*

*b) Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*c) Boală staţionară |\_|*

*\_*

*d) Beneficiu clinic |\_|*

*3. Starea clinică a pacientului permite administrarea terapiei în condiţii de siguranţă.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Probele biologice permit continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***IV. CRITERII DE ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂ A TRATAMENTULUI***

*1. Progresia obiectivă a bolii (examene imagistice şi clinice) în absenţa beneficiului clinic. Cazurile cu progresie imagistică, fără deteriorare simptomatică, trebuie evaluate cu atenţie, având în vedere posibilitatea de apariţie a falsei progresii de boală, prin instalarea unui răspuns imunitar antitumoral puternic. În astfel de cazuri, nu se recomandă întreruperea tratamentului. Se va repeta evaluarea imagistică, după 8 - 12 săptămâni, şi numai dacă există o nouă creştere obiectivă a volumul tumoral\*) sau deteriorare simptomatică se va avea în vedere întreruperea tratamentului cu Nivolumab.*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*2. Deces. |\_|*

*\_*

*3. Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile. |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#CIN**

***\*)*** *Sintagma "a volumul tumoral" nu este corectă din punct de vedere gramatical, însă ea este reprodusă exact în forma în care a fost publicată la pagina 23 din Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 639 din 23 iulie 2018.*

**#M3**

***Cod formular specific: L01XE23-25***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU DCI: COMBINAŢII: DCI DABRAFENIBUM + DCI TRAMETINIBUM***

***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 L01XE23-25*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Vârsta >/= 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Melanom malign pozitiv pentru mutaţia BRAF V600 |\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Evaluare imagistică care certifică stadiul inoperabil sau metastatic al bolii*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Pacienţi cu determinări secundare cerebrale stabile din punct de vedere neurologic (determinări secundare cerebrale asimptomatice la momentul iniţierii tratamentului cu dabrafenib şi trametinib*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Metastaze cerebrale simptomatice (necontrolate terapeutic)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Tratament anterior cu alţi inhibitori BRAF |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Interval QTc > 480 s |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Fracţia de ejecţie < 40% |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Alăptarea |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Menţinerea consimţământului şi complianţei la tratament a pacientului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Statusul bolii neoplazice la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală staţionară |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***3.*** *Starea clinică a pacientului permite continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Probele biologice permit continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***Criterii de întrerupere temporară a administrării şi/sau reducere a dozei***

*\_ \_*

***1.*** *Toxicitate grad II intolerabilă |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Toxicitate grad III - IV (recuperate) |\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M3**

***Cod formular specific: L01XE15***

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

***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 L01XE15*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Vârsta >/= 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Melanom malign pozitiv pentru mutaţia BRAF V600 |\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Evaluare imagistică care certifică stadiul inoperabil sau metastatic al bolii*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Tratament anterior cu alţi inhibitori BRAF |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Interval QTc > 500 s |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Fracţia de ejecţie < 40% |\_| DA |\_| NU*

***Observaţie:***

*Sarcina şi alăptarea reprezintă contraindicaţii relative - dacă beneficiul pentru pacientă depăşeşte riscul posibil pentru făt (studiile experimentale NU au confirmat potenţialul teratogen), atunci medicamentul poate fi administrat. Insuficienţă hepatică severă, insuficienţă renală severă, determinările secundare cerebrale simptomatice, efectuarea concomitentă a radioterapiei nu reprezintă contraindicaţii însă beneficiul administrării vemurafenib (în raport cu riscurile asociate) trebuie evaluat de către fiecare medic curant în parte.*

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

***1.*** *Menţinerea consimţământului şi complianţei la tratament a pacientului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Statusul bolii neoplazice la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală staţionară |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***3.*** *Starea clinică a pacientului permite continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Probele biologice permit continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***Criterii de întrerupere temporară a administrării şi/sau reducere a dozei***

*\_ \_*

***1.*** *Toxicitate grad II intolerabilă |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Toxicitate grad III - IV (recuperate) |\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M7**

***Cod formular specific: L02BB04.1***

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

***- carcinom al prostatei (CP) indicaţie postchimioterapie -***

***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 L02BB04.1*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Boala metastazată (pot fi şi metastaze viscerale) |\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- Dovada hormonorezistenţei, adică progresia bolii în timpul tratamentului hormonal de prima linie (antiandrogeni şi analog GnRH, administraţi împreună - blocadă androgenică totală sau secvenţial)*

*\_*

*|\_|*

*- Tratament anterior cu docetaxel, sub care/în urma căruia boala a evoluat sau pacientul nu mai tolerează chimioterapia cu docetaxel (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.*** *Pacienţii nu au primit mai mult de două regimuri de chimioterapie, dar cel puţin unul cu Docetaxel*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***7.*** *Pacienţi asimptomatici sau care prezintă puţine simptome*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***8.*** *Dacă sunt administraţi bifosfonaţi concomitent aceştia trebuie să fi fost iniţiaţi cu cel puţin 4 săptămâni înainte de iniţierea enzalutamidei*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***9.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- probe hepatice: transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) < 2,5 x limita superioară a normalului (LSN), sau transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) < 5 x LSN în cazul prezenţei metastazelor hepatice*

*\_*

*|\_|*

*- funcţie medulară hematoformatoare, hepatică şi renală adecvate*

*\_*

*|\_|*

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

*(toate criteriile cumulativ cu bifă NU)*

***1.*** *Hipersensibilitate cunoscută la enzalutamidă sau excipienţi, inclusiv intoleranţă la fructoză*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Metastaze cerebrale care NU au fost tratate local (prin radioterapie sau chirurgical) sau care sunt instabile clinic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Meningită carcinomatoasă progresivă |\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Tratament cu antagonişti ai receptorilor de androgeni, inhibitor de 5α reductază, estrogen sau chimioterapie în ultimele 4 săptămâni înaintea începerii tratamentului cu enzalutamidă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Afecţiuni cardiovasculare semnificative, recente: diagnostic recent de infarct miocardic (în ultimele 6 luni) sau angină instabilă (în ultimele 3 luni), insuficienţă cardiacă clasa III sau IV NYHA (clasificarea "New York Heart Association") cu excepţia cazurilor în care fracţia de ejecţie a ventriculului stâng (FEVS) este >/= 45%, bradicardie, hipertensiune arterială necontrolată, aritmii ventriculare semnificative clinic sau bloc AV (fără pacemaker permanent)*

*\_ \_*

*|\_| 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*

*\_*

*- funcţie hematoformatoare, hepatică şi renală adecvate |\_|*

*- probe hepatice: transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) < 2,5 x limita superioară a normalului (LSN) şi transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) < 5 x LSN pentru pacienţii cu metastaze hepatice*

*\_*

*|\_|*

***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 nivel visceral/ganglioni 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): fractură pe os patologic, compresiune medulară, creşterea intensităţii durerii (creştere doză opioid/obiectivată prin chestionar de calitatea a 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.*

**#M7**

***Cod formular specific: L02BB04.2***

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

***- carcinom al prostatei - indicaţie prechimioterapie -***

***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 L02BB04.2*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Boala metastazată (pot fi şi metastaze viscerale) |\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- Nu prezintă indicaţie pentru un regim de chimioterapie pe bază de docetaxel*

*\_*

*|\_|*

*- Dovada hormonorezistenţei, adică progresia bolii în timpul tratamentului hormonal de prima linie (antiandrogeni şi analog GnRH, administraţi împreună - blocada androgenică totală sau secvenţial)*

*\_*

*|\_|*

*- Boala progresivă (în timpul sau după întreruperea hormonoterapiei de prima linie) este definită astfel:*

*\_*

*|\_|*

*• criterii PCWG (Prostate Cancer Working Group): două creşteri consecutive ale valorii PSA, şi/sau*

*\_*

*|\_|*

*• boală progresivă evidentă imagistic la nivelul ţesutului moale sau osos, cu sau fără progresie pe baza creşterii PSA*

*\_*

*|\_|*

***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 |\_| DA |\_| NU*

***7.*** *Dacă sunt administraţi bifosfonaţi concomitent aceştia trebuie să fi fost iniţiaţi cu cel puţin 4 săptămâni înainte de iniţierea enzalutamidei*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***8.*** *Pacienţii trebuie să fie asimptomatici sau să prezinte o simptomatologie minimă (ex.: durerea asociată cu neoplasmul de prostată care corespunde unui scor < 4 pe scala durerii BPI - Brief Pain Inventory)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***9.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- funcţie hematoformatoare, hepatică şi renală adecvate |\_|*

*- probe hepatice: transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) < 2,5 x limita superioară a normalului (LSN) şi transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) < 5 x LSN pentru pacienţii cu metastaze hepatice*

*\_*

*|\_|*

***B. CRITERII DE EXCLUDERE PENTRU TRATAMENT***

*(toate criteriile cumulativ cu bifă NU)*

***1.*** *Hipersensibilitate cunoscută la enzalutamidă sau excipienţi, inclusiv intoleranţă la fructoză*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Simptomatologie moderată sau severă de boală (simptome cauzate de neoplasmul prostatei, altele decât cele definite mai sus)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Metastaze cerebrale care NU au fost tratate sau care sunt instabile clinic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Meningita carcinomatoasă progresivă |\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Tratament cu antagonişti ai receptorilor de androgeni, inhibitor de 5α reductază, estrogen sau chimioterapie în ultimele 4 săptămâni înaintea începerii tratamentului cu enzalutamide*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***6.*** *Afecţiuni cardiovasculare semnificative, recente: diagnostic recent de infarct miocardic (în ultimele 6 luni) sau angină instabilă (în ultimele 3 luni), insuficienţă cardiacă clasa III sau IV NYHA (clasificarea "New York Heart Association"), cu excepţia cazurilor în care fracţia de ejecţie a ventriculului stâng (FEVS) este >/= 45%, bradicardie, hipertensiune arterială necontrolată, aritmii ventriculare semnificative clinic sau bloc AV (fără pacemaker permanent)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*(toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*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*

*\_*

*- funcţie hematologică, hepatică şi renală adecvate |\_|*

*- probe hepatice: ASL, ALT < 2,5 x limita superioară a normalului (LSN), şi transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) < 5 x LSN - pentru pacienţii cu metastaze hepatice*

*\_*

*|\_|*

***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 nivel visceral, al ganglionilor limfatici/alte leziuni de părţi moi, în conformitate cu criteriile*

*\_*

*|\_| SAU*

*b.* ***Progresie clinică*** *(simptomatologie evidentă care atestă evoluţia bolii): fractură pe os patologic, compresiune medulară, creşterea intensităţii durerii (creştere doză opioid/obiectivată prin chestionar de calitatea a vieţii, necesitatea iradierii paleative sau a tratamentului chirurgical paleativ 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.*

**#M6**

***Cod formular specific: L01XE02***

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

***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 L01XE02*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Diagnostic histopatologic de* ***carcinom pulmonar, altul decât cel cu celule mici***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Dovedirea, prin metode imagistice, a* ***stadiului avansat loco-regional (inoperabil), metastazat sau recidivat*** *al bolii*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Prezenţa* ***mutaţiilor activatoare ale EGFR*** *- determinate din ţesut tumoral sau din ADN tumoral circulant (probă de sânge)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Sunt eligibili următorii pacienţi:*

*\_*

*- pacienţi netrataţi anterior (tratament de prima linie) |\_| sau*

*- pacienţi trataţi anterior cu chimioterapie şi care au fost refractari, sau*

*\_*

*au avut intoleranţă la tratamentul chimioterapic |\_| sau*

*- pacienţi la care s-a iniţiat chimioterapia până la obţinerea rezultatului*

*\_*

*testării EGFR |\_|*

*\_ \_*

***6.*** *ECOG: 0-2 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *Vârstă > 18 ani |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Intoleranţă la galactoză (genetică sau dobândită) sau sindrom de malabsorbţie la glucoză-galactoză*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Prezenţa mutaţiei punctiforme T790M a EGFR |\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Toxicitate provenită de la chimioterapie anterioară: hematologică, hepatică sau renală*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Insuficienţă renală severă (clearance al creatininei </= 20 ml/min)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***6.*** *Determinări secundare cerebrale instabile (prezintă simptomatologie neurologică sau necesită corticoterapie şi/sau tratament depletiv) sau netratate local anterior (prin radioterapie sau neurochirurgical)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***7.*** *Alte tumori maligne diagnosticate anterior (coexistente cu NSCLC), cu excepţia cazurilor tratate curativ, fără semne de boală în prezent*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***8.*** *Sarcină sau alăptare în timpul tratamentului |\_| DA |\_| NU*

***Observaţie:*** *- medicul curant va aprecia dacă beneficiile potenţiale obţinute prin iniţierea tratamentului cu* ***gefitinibum*** *depăşesc riscurile asociate cu prezenţa unor comorbidităţi importante (contraindicaţii relative care cresc riscul pentru apariţia efectelor secundare): diaree severă şi persistentă cu deshidratare importantă, factori de risc major pentru perforaţie gastrointestinală (steroizi sau AINS concomitent, antecedente de ulcer gastrointestinal, sindrom emetic persistent, prezenţa metastazelor intestinale), manifestări cutanate severe exfoliative, buloase şi pustuloase, keratită ulcerativă, suspiciunea prezenţei Bolii Interstiţiale Pulmonare, fibroză pulmonară idiopatică identificată prin scanare CT (la latitudinea medicului curant), insuficienţă hepatică severă.*

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

***(toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)***

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probe biologice care să permită administrarea medicamentului în condiţii de siguranţă - funcţie hepatică şi hematologică în limite normale:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***Criterii de întrerupere temporară a tratamentului*** *(în eventualitatea în care apar, tratamentul cu* ***GEFITINIBUM*** *se întrerupe până la recuperarea/rezolvarea evenimentului respectiv, după care tratamentul se poate relua, în funcţie de decizia medicului curant)*

*\_*

*- Toxicitate cutanată/digestivă/hematologică specifică |\_|*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului*

*\_*

*|\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: A16AB10***

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

***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) ...............*

*În doza de ......... U/kg ............ U/perfuzie, o perfuzie la 2 săptămâni interval.*

***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 A16AB10*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1. Diagnostic:*** *Boala Gaucher tip 1*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***- diagnostic specific:***

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

*a) enzimatic\*1) ................... data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_| DA |\_| NU*

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

*b) molecular\*2) ................... data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_| DA |\_| NU*

*------------*

*\*1) valoare scăzută a β glucocerebrozidazei < 15 - 20% din valoarea martorilor*

*\*2) prezenţa unor mutaţii specifice bolii, în stare de homozigot sau heterozigot compus la nivelul genei β glucocerebrozidazei (localizată 1q21)*

***2. Pacientul a urmat tratament anterior cu Imiglucerasum la care nu a înregistrat răspuns adecvat după 12 luni de tratament cu 60 U/kgc la fiecare 2 săptămâni***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3. Sunt eligibili pentru tratament pacienţii care prezintă cel puţin unul dintre criteriile de includere enumerate mai jos:***

***\_ \_***

***I. Pacienţi cu vârsta sub 18 ani*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***a) Retard de creştere:*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*1) talia .............. cm/SDS ................... |\_|*

*\_*

*2) greutatea ............. kg/IMC ................ |\_|*

*\_ \_*

***b) Organomegalie simptomatică sau disconfort mecanic:*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*1) splenectomie: |\_| DA |\_| NU*

*dacă NU:*

*\_*

*2) volumul splenic (cmc ....... mN\*3) ..........) |\_|*

*\_*

*3) volumul hepatic (cmc ....... mN\*4) ..........) |\_|*

*\_ \_*

***c) Citopenie severă:*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*1) Hb ....... g/dl .................... < 10 g/dl |\_|*

*(datorată bolii Gaucher)?*

*\_*

*2) trombocite .............../mmc; < 60.000/mmc |\_|*

*sau:*

*\_*

*3) neutropenie ............./mmc; < 500/mmc |\_|*

*sau:*

*\_*

*4) leucopenie simptomatică cu infecţii |\_|*

***d) Boală osoasă simptomatică (dureri osoase, crize osoase, fracturi patologice)***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*------------*

*\*3) multiplu vs normal (raportare la valoarea normală; valoarea normală = [Gr. pacientului (gr) x 0,2] / 100*

*\*4) multiplu vs normal (raportare la valoarea normală; valoarea normală = [Gr. pacientului (gr) x 2,5] / 100*

*\_ \_*

***II. Pacienţi cu vârsta peste 18 ani*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***a) Somatimetrie:*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*1) talia .............. cm/SDS ................... |\_|*

*\_*

*2) greutatea ............. kg/IMC ................ |\_|*

***b) Creştere viscerală masivă care conduce la disconfort mecanic sau infarcte:***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*1) splenectomie: |\_| DA |\_| NU*

*dacă NU:*

*\_*

*2) volumul splenic (cmc ....... mN\*3) ..........) |\_|*

*\_*

*3) volumul hepatic (cmc ....... mN\*4) ..........) |\_|*

*\_ \_*

***c) Citopenie severă:*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*1) Hb ....... g/dl .................... < 10 g/dl |\_|*

*(datorată bolii Gaucher)?*

*\_*

*2) trombocite .............../mmc; < 60.000/mmc |\_|*

*sau:*

*\_*

*3) neutropenie ............./mmc; < 500/mmc |\_|*

*sau:*

*\_*

*4) leucopenie simptomatică cu infecţii |\_|*

***d) Boală osoasă activă definită prin episoade osoase recurente: fracturi patologice, crize osoase, necroză avasculară***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***B. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (Tratamentul se continuă toată viaţa!)***

***1. Perioada de administrare a terapiei de substituţie enzimatică:***

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

***Data iniţierii:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|* ***până la:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

***2. Evoluţia manifestărilor clinice sub tratament:***

***a) Retardul de creştere (pentru pacienţii cu vârsta sub 18 ani):***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*1) talia .............. cm/SDS ................... |\_|*

*\_*

***evoluţie:*** *- staţionar |\_|*

*\_*

*- ameliorare |\_|*

*\_*

*- normalizare |\_|*

*\_*

*2) greutatea ............. kg/IMC ................ |\_|*

*\_*

***evoluţie:*** *- staţionar |\_|*

*\_*

*- ameliorare |\_|*

*\_*

*- normalizare |\_|*

*\_ \_*

***b) Organomegalia:*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*1) splenectomie: |\_| DA |\_| NU*

*dacă NU:*

*\_*

*2) volumul splenic (cmc ....... mN\*3) ..........) |\_|*

*\_ \_*

***evoluţie:*** *- agravare |\_| - ameliorare |\_|*

*\_ \_*

*- staţionară |\_| - normalizare |\_|*

*\_*

*3) volumul hepatic (cmc ....... mN\*4) ..........) |\_|*

*\_ \_*

***evoluţie:*** *- agravare |\_| - ameliorare |\_|*

*\_ \_*

*- staţionară |\_| - normalizare |\_|*

*\_ \_*

***c) Citopenie:*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*1) Hb ....... g/dl |\_|*

*\_ \_*

***evoluţie:*** *- agravare |\_| - ameliorare |\_|*

*\_ \_*

*- staţionară |\_| - normalizare |\_|*

*\_*

*2) trombocite ......./mmc |\_|*

*\_ \_*

***evoluţie:*** *- agravare |\_| - ameliorare |\_|*

*\_ \_*

*- staţionară |\_| - normalizare |\_|*

*\_*

*3) neutrofile ......./mmc |\_|*

*\_ \_*

***evoluţie:*** *- agravare |\_| - ameliorare |\_|*

*\_ \_*

*- staţionară |\_| - normalizare |\_|*

*\_ \_*

***d) Boală osoasă*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*1) clinic (în ultimele 6 luni):* ***evoluţie:*** *- agravare |\_|*

*\_ \_*

*- dureri |\_| - staţionară |\_|*

*\_ \_*

*- crize osoase |\_| - ameliorare |\_|*

*\_ \_*

*- fracturi patologice |\_| - normalizare |\_|*

*2) IRM femur bilateral (se efectuează la 12 - 24 luni):*

*\_ \_*

*- infiltrare medulară |\_|* ***evoluţie:*** *- agravare |\_|*

*\_ \_*

*- leziuni litice |\_| - staţionară |\_|*

*\_ \_*

*- infarcte osoase |\_| - ameliorare |\_|*

*\_*

*- necroză avasculară |\_|*

*\_ \_*

***e) Efecte adverse:*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- absente |\_|*

*\_*

*- prezente |\_| (enumerare): ..............................*

*........................................................*

***4. Comorbidităţi importante pentru evoluţia pacientului:***

*..........................................................................*

***C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

***\_***

***1.*** *Lipsa de complianţă a pacientului |\_|*

***2.*** *Efecte adverse severe: dispnee, tahicardie, dureri precordiale, angioedem, necontrolabile terapeutic*

*\_*

*|\_|*

*\_*

***3.*** *Decesul pacientului |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: L002G***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU SCLEROZĂ MULTIPLĂ - TRATAMENT IMUNOMODULATOR***

***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 L002G*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***\_ \_***

***1.*** *Diagnostic de certitudine de scleroză multiplă (SM) |\_| DA |\_| NU*

*Forma: - recurent - remisivă cu scor EDSS la iniţierea tratamentului între 0 - 5,5*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*- secundar progresivă cu scor EDSS de până la 6,5 |\_|*

*- cu recăderi suprapuse uneia dintre formele cu evoluţie progresivă*

*\_*

*|\_|*

*- cu recăderi şi remisiuni la care unul dintre medicamentele de linia I nu a putut controla satisfăcător boala raportat la dinamica bolii*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*- recurent - remisivă cu evoluţie rapidă |\_|*

***2.*** *Sindromul clinic izolat (CIS) cu modificări IRM caracteristice de SM*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Diagnostic imagistic RMN |\_| DA |\_| NU*

***B. CRITERII DE EXCLUDERE SAU CONTRAINDICAŢII ALE TRATAMENTULUI IMUNOMODULATOR***

*\_ \_*

***1.*** *Lipsa criteriilor de certitudine a diagnosticului de SM |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *SM forma primar progresivă |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Contraindicaţii determinate de comorbidităţi asociate: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- tulburări psihiatrice, în special depresia medie sau severă\*1) |\_|*

*\_*

*- afecţiuni hematologice grave |\_|*

*\_*

*- afecţiuni hepatice grave |\_|*

*\_*

*- neoplazii |\_|*

*\_*

*- insuficienţă renală severă |\_|*

*- alte afecţiuni cu risc vital sau de agravare, incompatibile cu medicamentele imunomodulatoare indicate*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*- infecţie HIV |\_|*

*\_*

*- intoleranţă la unul dintre medicamentele imunomodulatoare |\_|*

*\_ \_*

***4.*** *Contraindicaţii determinate de condiţii fiziologice: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- sarcina în evoluţie\*2) |\_|*

*\_*

*- alăptarea\*2) |\_|*

*\_ \_*

***5.*** *Imobilizare definitivă la pat (EDSS >= 8) |\_| DA |\_| NU*

*------------*

*\*1) în special pentru tratamentul imunomodulator care accentuează depresia, de exemplu interferonul beta (cu variantele beta 1a sau 1b); aceşti pacienţi pot beneficia de tratament cu glatiramer acetat sau teriflunomida, sau natalizumab*

*\*2) aceşti pacienţi pot beneficia de tratament cu glatiramer acetat*

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

*(\* toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*(\* minim unul dintre criterii trebuie să fie îndeplinit)*

*1. Eşecul tratamentului imunomodulator ce impune întreruperea tratamentului*

*\_*

*|\_|*

*2. Reacţii adverse severe, inacceptabile pentru continuarea tratamentului*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*3. Imobilizare definitivă la pat (EDSS >= 8) |\_|*

*\_*

*4. Refuzul pacientului de a continua tratamentul |\_|*

*5. Nerespectarea repetată de către pacient a vizitelor obligatorii de monitorizare medicală*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*6. Deces |\_|*

*\_*

*7. Alt motiv, specificat .......................................... |\_|*

*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.*

**#M4**

***Cod formular specific: M09AX03***

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

***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 M09AX03*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT\*1)***

*\_ \_*

***1.*** *Pacienţi cu vârsta de 5 ani şi peste |\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Diagnostic confirmat de Centrul de referinţă de distrofie musculară Duchenne, cauzată de o mutaţie nonsens la nivelul genei distrofinei (nmDMD), determinată prin testare genetică*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Pacientul are capacitatea de deplasare păstrată (merge 10 paşi fără sprijin)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Declaraţia de consimţământ pentru includere în tratament, semnată de pacient, părinte sau tutore legal, după caz*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT\*1)***

*\_ \_*

***1.*** *Pacienţi cu vârsta sub 5 ani |\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Pacienţi cu distrofie musculară Duchenne, care nu prezintă o mutaţie nonsens*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Pacienţi cu hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Pacienţi care nu au capacitatea de deplasare (nu merg 10 paşi fără sprijin)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament nu a fost semnată de pacient, părinte sau tutore legal, după caz*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*------------*

*\*1) Pentru includerea în tratament, toate criteriile de includere* ***DA****, toate criteriile de excludere* ***NU***

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

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

***1.*** *Tratamentul cu* ***ATALUREN*** *a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

***2.*** *Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Pacient necompliant la evaluările periodice (mai puţin de 2 prezentări în 14 luni)*

*\_*

*|\_|*

***2.*** *Pacientul a pierdut ambulaţia pentru toate activităţile din casă sau din afara casei (cauza pierderii ambulaţiei nefiind accident sau boală intercurentă), pentru o durată de timp mai mare de 6 luni*

*\_*

*|\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M5**

***Cod formular specific: B06AC02***

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

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

*------------*

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

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

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

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE*** *Cod formular specific B06AC02*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT\*1)***

***1.*** *Pacienţi cu vârsta de 18 ani şi peste*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Diagnostic confirmat de Centrul de Referinţă de Angioedem Ereditar prin deficienţă de C1-inhibitor esterază, documentat prin examenul de laborator*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Pacientul este înregistrat în Registrul Român de Angioedem Ereditar*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Pacientul are scrisoare medicală eliberată şi actualizată de Centrul de Referinţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Declaraţia de consimţământ pentru includere în tratament, semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT\*1)***

***1.*** *Pacienţi cu vârsta sub 18 ani*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Pacienţi cu hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament nu a fost semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*------------*

*\*1) Pentru includerea în tratament, toate criteriile de includere* ***DA****, toate criteriile de excludere* ***NU***

***C. PRECAUŢII (conform protocolului)***

***1.*** *Pacient cu boală cardiacă acută sau accident vascular cerebral*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Pacientă însărcinată/alăptează*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***D. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI***

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

***1.*** *Tratamentul cu* ***ICATIBANTUM*** *a fost iniţiat la data de: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

***2.*** *Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***E. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

***1.*** *Pacient necompliant la evaluările periodice (mai puţin de 1 prezentare în 12 luni)*

*\_*

*|\_|*

***2.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile*

*\_*

*|\_|*

***3.*** *Răspunsul nu este satisfăcător şi necesită repetarea exagerată a dozelor*

*\_*

*|\_|*

***4.*** *Decizia medicului, cauza: ............................*

*\_*

*|\_|*

***5.*** *Decizia pacientului, cauza: ..........................*

*\_*

*|\_|*

*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.*

**#M5**

***Cod formular specific: L01XC14***

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

***- cancer mamar HER2 pozitiv metastatic sau local avansat inoperabil -***

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

*------------*

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

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

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

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE*** *Cod formular specific L01XC14*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Dovada diagnosticului de cancer mamar HER2 pozitiv: examen imunohistochimic:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Tratament cu trastuzumab şi/sau un taxan sau orice alt chimioterapie, conform practicii clinice din România pentru:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- boală metastatică/local avansată sau*

*\_*

*|\_|*

*- recurenţa bolii în timpul tratamentului adjuvant sau*

*\_*

*|\_|*

*- recurenţa bolii în intervalul a şase luni de la terminarea tratamentului adjuvant*

*\_*

*|\_|*

***4.*** *Dovada (CT/RMN/PET/CT/scintigrafie osoasă) de:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- boală avansată local sau |\_|*

*\_*

*- recurentă sau |\_|*

*\_*

*- metastatică |\_|*

*\_ \_*

***5.*** *Vârsta > 18 ani: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *ECOG 0 - 2: |\_| DA |\_| NU*

***7.*** *Pacienţi cu rezultat IHC 3+ sau test FISH/CISH/SISH pozitiv pentru Her2, determinat în laboratoarele acreditate (cel puţin o testare pentru stadiul metastatic), care îndeplinesc una dintre următoarele condiţii:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- stadiu metastatic, linia a doua de tratament pentru pacienţii care au progresat în urma primei linii*

*bazată pe trastuzumab sau*

*\_*

*|\_|*

*- stadiu metastatic, linia a treia sau ulterioară, pentru pacienţii care nu au primit trastuzumab - emtasine în liniile anterioare sau*

*\_*

*|\_|*

*- local avansat inoperabil care a dezvoltat o recurenţă a bolii în timpul tratamentului adjuvant*

*\_*

*|\_|*

*sau*

*- local avansat inoperabil care a dezvoltat o recurenţă în intervalul a şase luni de la terminarea tratamentului adjuvant bazat pe trastuzumab*

*\_*

*|\_|*

*\_ \_*

***8.*** *FEVS > 50%: |\_| DA |\_| NU*

***B. CRITERII DE EXCLUDERE/ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂ/TEMPORARĂ DIN TRATAMENT (LA LATITUDINEA MEDICULUI CURANT)***

***1.*** *Pacienţi la care a fost întreruptă definitiv administrarea trastuzumab din cauza apariţiei reacţiilor adverse legate de perfuzie (IRR)*

*\_*

*|\_|*

***2.*** *Afecţiuni cardiace importante (pacienţii cu antecedente de infarct miocardic, angină pectorală care a necesitat tratament medical, cei care au avut sau au ICC (clasa II - IV NYHA), alte cardiomiopatii, aritmie cardiacă care necesită tratament medical, boală valvulară cardiacă semnificativă clinic, hipertensiune arterială slab controlată şi exsudat pericardic semnificativ din punct de vedere hemodinamic)*

*\_*

*|\_|*

***3.*** *Pacienţi care prezintă dispnee de repaus determinată de comorbidităţi*

*\_*

*|\_|*

*\_*

***4.*** *Sarcină/alăptare |\_|*

***5.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_*

*|\_|*

*\_*

***6.*** *Pacienţi diagnosticaţi cu BPI sau pneumonită |\_|*

***7.*** *Pacienţi diagnosticaţi cu hiperplazie regenerativă nodulară a ficatului*

*\_*

*|\_|*

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

***1.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală staţionară |\_|*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului în condiţii de siguranţă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Sarcină/alăptare |\_|*

***2.*** *Dispneea de repaus determinată de complicaţiile malignităţii avansate sau comorbidităţilor*

*\_*

*|\_|*

***3.*** *Progresia bolii \_*

*|\_|*

*\_*

***4.*** *Deces |\_|*

***5.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului*

*\_*

*|\_|*

*\_*

***6.*** *Decizia medicului, cauza: ...................................... |\_|*

*\_*

***7.*** *Decizia pacientului, cauza: .................................... |\_|*

*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.*

**#M6**

***Cod formular specific: L01XE35***

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

***- cancer pulmonar nonmicrocelular -***

***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 L01XE35*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Dovada diagnosticului de cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC): examen histopatologic:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Dovada de boală local avansată sau metastatică: CT/RMN/PET - CT/scintigrafie osoasă:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Pacienţi cu NSCLC local avansat sau metastazat şi cu mutaţie pozitivă T790M a EGFR:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- prezenţa mutaţiei pozitive T790M a receptorului pentru factorul de creştere epidermal (EGFR) - din ADN tumoral extras dintr-o probă de ţesut sau ADN tumoral circulant (ADNtc\*) obţinut din plasmă*

*\_*

*|\_|*

*------------*

*\* Dacă la testarea ADNtc cu o probă din plasmă rezultatul este negativ, se recomandă ori de câte ori este posibil repetarea cu un test tisular.*

***5.*** *Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiţii de siguranţă:*

*\_*

*- Hb > 9 g/dl, Le > 3000/mm3 N > 1500/mm3, Tr > 100000/mm3 |\_|*

*- Probe hepatice: bilirubina totală < 1,5 ori limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST/SGOT, ALT/SGPT) şi fosfataza alcalină < 3 ori LSN pentru pacienţii fără metastaze hepatice; transaminaze (AST/SGOT şi ALT/SGPT şi fosfataza alcalină < 5 ori LSN dacă există metastaze hepatice*

*\_*

*|\_|*

*- Probe renale: clearance al creatininei > 50 ml/min (sau echivalent de creatinină serică > 2 x LSN)*

*\_*

*|\_|*

*\_ \_*

***6.*** *Vârstă peste 18 ani: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *Status de performanţă ECOG 0-2: |\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi |\_|*

*\_*

***2.*** *Sarcină/alăptare |\_|*

*\_*

***3.*** *ECOG >/= 3 |\_|*

*\_*

***4.*** *Insuficienţă hepatică severă |\_|*

*\_*

***5.*** *Boală interstiţială pulmonară/pneumonită |\_|*

***6.*** *Interval QTc mai mare de 500 msec. pe cel puţin 2 trasee ECG diferite: întreruperea tratamentului cu Osimertinib până când intervalul QTc este mai mic de 481 msec. sau până la revenirea la valoarea iniţială, dacă aceasta este mai mare sau egală cu 481 msec, apoi reluare cu o doză mai mică (40 mg)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

***7.*** *Prelungirea intervalului QTc cu semne/simptome de aritmie gravă |\_|*

***8.*** *Pacienţii care prezintă interval QTc prelungit în asociere cu oricare dintre următoarele: torsada vârfurilor, tahicardie ventriculară polimorfă, semne/simptome de aritmie gravă*

*\_*

*|\_|*

*\_*

***9.*** *Pacienţi cu sindrom congenital de QT prelungit |\_|*

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

***1.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisie completă |\_|*

*\_*

*B. Remisie parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală stabilă |\_|*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M6**

***Cod formular specific: L01XC17-NSCLC***

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

***- indicaţia neoplasm bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici -***

***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\*1)*

*\_ \_ \_*

*(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"****!*

*------------*

*\*1) Se codifică obligatoriu 111*

***SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE*** *Cod formular specific L01XC17-NSCLC*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Vârsta >/= 18 ani |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Diagnostic de neoplasm bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, local avansat/metastazat, confirmat histologic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Evaluare imagistică care certifică stadiul inoperabil, recidivat sau metastatic al bolii*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Dacă sunt prezente determinări secundare cerebrale, acestea trebuie să fie tratate prin metode locale (radioterapie, neurochirurgie) şi să fie stabile neurologic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***6.*** *Progresia bolii, în timpul sau după tratament anterior cu regimurile standard de chimioterapie*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Metastaze cerebrale simptomatice (necontrolate terapeutic) sau ne tratate (neurochirurgical sau prin radioterapie)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Diagnostic de neoplasm bronhopulmonar cu celulă mică, confirmat histologic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Eşec terapeutic la imunoterapie anterioară (antiPD1/antiPDL1, antiCTLA4 etc., EXCLUSIV interferon). Sunt eligibili pacienţii care au beneficiat anterior de imunoterapie, din alte surse, şi prezintă beneficiu terapeutic la acest tratament*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Sarcină sau alăptare |\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***Observaţie:***

*Următoarele condiţii: afecţiune autoimună preexistentă care nu necesită tratament imunosupresor (inclusiv diabet zaharat prin mecanism autoimun), hepatite cronice virale fără viremie curentă semnificativă, boala interstiţială pulmonară asimptomatică/simptomatică, insuficienţă hepatică (indiferent de gradul de severitate), status de performanţă ECOG > 2, tratamente imunosupresoare (sau corticoterapie în doză mare) anterioare* ***NU sunt criterii de excludere****, sunt contraindicaţii relative, care* ***permit utilizarea nivolumab*** *după o analiză atentă a raportului de risc potenţial - beneficiu terapeutic (la nivolumab), efectuată individual, pentru fiecare caz în parte, de către medicul curant.*

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

***1.*** *Menţinerea consimţământului şi complianţei la tratament a pacientului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală staţionară |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***3.*** *Starea clinică a pacientului permite continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Probele biologice permit continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***Criterii de întrerupere temporară a administrării (NU se reduce doza):***

*\_ \_*

***1.*** *Toxicitate grad II intolerabilă |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Toxicitate grad III - IV (recuperate) |\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M6**

***Cod formular specific: L01XC17-RCC***

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

***- indicaţia carcinomul renal avansat -***

***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\*1)*

*\_ \_ \_*

*(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"****!*

*------------*

*\*1) Se codifică obligatoriu 137*

***SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE*** *Cod formular specific L01XC17-RCC*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Vârsta >/= 18 ani |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Diagnostic de carcinom cu celule renale clare, confirmat histologic (sunt eligibile şi celelalte tipuri histologice de carcinom renal, cu excepţia celor uroteliale)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Evaluare imagistică prin care se certifică stadiul avansat (inoperabil, recidivat sau metastatic al bolii)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Progresia bolii, în timpul sau după cel puţin un regim de tratament anterior specific pentru carcinomul renal*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Metastaze cerebrale simptomatice (necontrolate terapeutic) sau netratate (neurochirurgical sau prin radioterapie)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Diagnostic de carcinom urotelial |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Eşec terapeutic la imunoterapie anterioară (antiPD1/antiPDL1, antiCTLA4 etc., EXCLUSIV interferon). Sunt eligibili pacienţii care au beneficiat anterior de imunoterapie, din alte surse, şi prezintă beneficiu terapeutic la acest tratament*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Sarcină sau alăptare |\_| DA |\_| NU*

***Observaţie:***

*Următoarele condiţii: afecţiune autoimună preexistentă care nu necesită tratament imunosupresor (inclusiv diabet zaharat prin mecanism autoimun), hepatite cronice virale fără viremie curentă semnificativă, boala interstiţială pulmonară asimptomatică/simptomatică, insuficienţă hepatică (indiferent de gradul de severitate), status de performanţă ECOG > 2, tratamente imunosupresoare (sau corticoterapie în doză mare) anterioare* ***NU sunt criterii de excludere****, sunt contraindicaţii relative, care* ***permit utilizarea nivolumab*** *după o analiză atentă a raportului de risc potenţial - beneficiu terapeutic (la nivolumab), efectuată individual, pentru fiecare caz în parte, de către medicul curant.*

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

***1.*** *Menţinerea consimţământului şi complianţei la tratament a pacientului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală staţionară |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***3.*** *Starea clinică a pacientului permite continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Probele biologice permit continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***Criterii de întrerupere temporară a administrării (NU se reduce doza):***

*\_ \_*

***1.*** *Toxicitate grad II intolerabilă |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Toxicitate grad III - IV (recuperate) |\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M6**

***Cod formular specific: L01XX45***

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

***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 L01XX45*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*1. În combinaţie cu dexametazona, pentru tratamentul pacienţilor adulţi cu mielom multiplu la care s-a administrat anterior cel puţin o linie terapeutică*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Metoda de diagnostic:*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. ex. medular: >/= 10% plasmocite clonale |\_|*

*\_*

*< 10% plasmocite clonale |\_|*

*\_*

*c. Electroforeza proteinelor serice + dozări + imunofixare |\_|* ***sau/şi***

*\_*

*d. lanţuri uşoare serice |\_|*

*\_*

*e. probe renale |\_|*

*\_*

*f. calcemie |\_|*

*\_*

*g. ex. imagistic |\_|*

*\_ \_*

*3. Boală activă - criterii CRAB: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. hipercalcemie > 11,0 mg/dl |\_|*

*\_*

*b. creatinină > 2,0 mg/ml |\_|*

*\_*

*c. anemie cu Hb < 10 g/dl |\_|*

*\_*

*d. leziuni osoase active |\_|*

*\_*

*4. electrocardiogramă ± examen cardiovascular |\_|*

*\_*

*5. coagulogramă |\_|*

*\_*

*6. electroliţi serici |\_|*

*\_*

*7. probe hepatice (transaminaze, bilirubină) |\_|*

*8. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Sarcina şi alăptarea |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Metoda de evaluare:*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. Electroforeza proteinelor serice + dozări + imunofixare\*) |\_| şi/sau*

*\_*

*c. lanţuri uşoare serice\*) |\_|*

*\_*

*d. electroliţi + calcemie\*) |\_|*

*\_*

*e. ex. medular\*) |\_|*

*\_*

*f. coagulogramă\*) |\_|*

*------------*

*\*) Frecvenţa va fi stabilită de către medic*

*\_*

*g. probe hepatice (transaminaze, bilirubină)\*) |\_|*

*\_*

*h. probe renale\*) |\_|*

*\_*

*i. electrocardiogramă ± examen cardiovascular\*) |\_|*

***2.*** *Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

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

*\_*

*a. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

*\_*

*b. Hipersensibilitate la substanţa activă |\_|*

*\_*

*c. Toxicitate inacceptabilă |\_|*

*\_*

*d. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

*e. Deces |\_|*

*\_*

*f. Alte cauze |\_|*

*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.*

*------------*

*\*) Frecvenţa va fi stabilită de către medic*

**#M6**

***Cod formular specific: L033C-CG***

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

***- indicaţia neoplasm gastric metastatic -***

***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 L033C-CG*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Vârstă > 18 ani |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Adenocarcinom gastric sau al joncţiunii gastroesofagiene documentat histopatologic:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Stadiul avansat confirmat imagistic (metastatic sau inoperabil):*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Test IHC 3+ sau pozitiv la determinări moleculare prin hibridizare pentru receptorii HER2:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***6.*** *Status de performanţă ECOG 0-2: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *Fracţie de ejecţie ventriculară >/= 50%: |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***8.*** *Fără tratament anterior pentru stadiul avansat de boală: |\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Afecţiuni cardiace importante (pacienţii cu antecedente de infarct miocardic, angină pectorală care a necesitat tratament medical, cei care au avut sau au ICC (clasa II - IV NYHA), alte cardiomiopatii, aritmie cardiacă care necesită tratament medical, boală valvulară cardiacă semnificativă clinic, hipertensiune arterială slab controlată sau exsudat pericardic semnificativ din punct de vedere hemodinamic)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *FEVS < 50% sau scăderea cu 15% faţă de valoarea iniţială şi fără a se normaliza în 4 săptămâni*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Sarcina sau alăptarea: |\_| DA |\_| NU*

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

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală staţionară |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

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

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Probele biologie ale pacientului permit administrarea în continuare în condiţii de siguranţă a tratamentului (probe funcţionale renale, hepatice, hemoleucogramă, EKG):*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Fracţia de ejecţie (FEVS) în intervalul valorilor normale:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***CRITERII DE ÎNTRERUPERE TEMPORARĂ A TRATAMENTULUI***

*Dacă procentul FEVS scade cu >/= 10 puncte sub valoarea iniţială şi sub 50%, tratamentul trebuie întrerupt temporar şi se repetă evaluarea FEVS în aproximativ 3 săptămâni; dacă FEVS nu s-a îmbunătăţit, sau a continuat să scadă, sau dacă a fost dezvoltată ICC simptomatică, trebuie avută serios în vedere întreruperea definitivă a tratamentului, cu excepţia cazurilor în care se consideră că beneficiile pentru pacientul respectiv depăşesc riscurile. Decizia va aparţine medicului curant după informarea pacientului asupra riscurilor asociate continuării tratamentului.*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului*

*\_*

*|\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*Pentru ca un pacient să fie eligibil pentru tratamentul cu trastuzumab, trebuie să îndeplinească toate criteriile de includere (DA) şi nici unul de excludere (NU).*

*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.*

**#M7**

***Cod formular specific: N06BX13***

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

***- indicaţia Neuropatia Optică Ereditară Leber (LHON) -***

***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 N06BX13*

***1. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1.*** *Unul din semnele şi simptomele caracteristice maladiei Leber:*

*a. Apariţia nedureroasă, în general subacută/acută a scăderii acuităţii vizuale la nivel central*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*b. Prezenţa unui scotom central/centrocecal, unilateral/bilateral (iniţial apare la un singur ochi, cu afectarea celuilalt ochi, într-un interval de 8 - 12 săptămâni)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*c. Scăderea acuităţii vizuale, sub logMAR 1.0 (ETDRS), în primele 12 luni de la debutul clinic (la 90% dintre pacienţi)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*d. Alterarea percepţiei culorilor (discromatopsie), în special pe axa roşu-verde*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*e. Apariţia unui pseudoedem, la nivelul discului optic şi fragilizarea celulelor ganglionare retiniene (RCG) şi axonilor lor*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Identificarea unei mutaţii genetice punctuale, majore, la nivelul ADN-ului mitocondrial (testare genetică pozitivă): în 90% din cazuri, mutaţiile 11778G>A, 3460G>A, 14484T>C, respectiv, alte mutaţii minore, în 10% din cazuri, la nivelul ADN-ului mitocondrial (standardul de aur în diagnosticul LHON)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Debutul simptomatologiei sub 60 luni |\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Lipsa de răspuns la tratamentul cu glucocorticoizi, după 15 - 30 zile de tratament*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Declaraţie de consimţământ, pentru includere în tratament, semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Pacienţii la care debutul simptomatologiei a fost în urmă cu mai mult de 60 luni*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Pacienţii care suferă de alte neuropatii sau afecţiuni oculare degenerative, care determină scăderea severă a acuităţii vizuale: nevrita optică, atrofia optică dominantă, neuropatie toxică sau nutriţională, glaucom*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Pacientul nu a semnat declaraţia de consimţământ pentru includerea în tratament*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

***1.*** *Răspuns favorabil în termeni de recuperare a acuităţii vizuale*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*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.*

**#M7**

***Cod formular specific: L034K***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU BOALA CRONICĂ INFLAMATORIE INTESTINALĂ - AGENŢI BIOLOGICI -***

***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 L034K*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***I. CRITERII SPECIFICE*** *în funcţie de tipul de diagnostic (este necesară îndeplinirea a minim un criteriu din cele enumerate):*

*\_ \_*

***a. Colită ulcerativă:*** *|\_| DA |\_| NU*

***1.*** *Pacient adult cu colită ulcerativă moderată sau severă, cu extensie E1 sau peste, în eşec la terapia standard*

*\_*

*|\_|* ***sau***

***2.*** *Pacient pediatric (6 - 17 ani) cu colită ulcerativă cu extensie > E2, în eşec la terapia standard*

*\_*

*|\_|* ***sau***

***3.*** *Pacient adult sau pediatric cu colită acută gravă (colită fulminantă), în eşec la terapia cu corticoizi iv*

*\_*

*|\_|*

*\_ \_*

***b. Boala Crohn:*** *|\_| DA |\_| NU*

***1.*** *Pacient adult cu boala Crohn moderată sau severă, în eşec terapeutic la terapia standard*

*\_*

*|\_|* ***sau***

***2.*** *Pacienţi adulţi cu boala Crohn fistulizantă, fără răspuns la terapia standard, în absenţa abceselor intraabdominale sau pelvine*

*\_*

*|\_|* ***sau***

*\_*

***3.*** *Pacienţi adulţi cu boala Crohn operată şi risc de reactivare |\_|* ***sau***

***4.*** *Pacienţi adulţi cu boala Crohn severă (fulminantă) sau cu factori de risc pentru evoluţie nefavorabilă*

*\_*

*|\_|* ***sau***

***5.*** *Pacienţi pediatrici (peste 6 ani) cu boala Crohn în eşec la terapia standard*

***II. CRITERII GENERALE*** *(de îndeplinit cumulativ 1, 2, 3, 5 pentru colita ulcerativă şi 1, 2, 3, 4, 5 pentru boala Crohn):*

***1.*** *Absenţa contraindicaţiilor recunoscute pentru terapia biologică*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Screeningul infecţios a fost efectuat şi permite iniţierea tratamentul biologic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Screeningul pentru neoplazii, afecţiuni autoimune sau demielinizante a fost efectuat şi permite iniţierea tratamentul biologic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Screening imagistic pentru abcese (pentru boala Crohn) |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***5.*** *Declaraţia de consimţământ semnată de pacient |\_| DA |\_| NU*

***B. CRITERII DE CONTINUARE A TERAPIEI***

*(evaluare la 12 săptămâni de la iniţiere şi, ulterior, la fiecare 6 luni)*

*\_ \_*

***1. Remisiune clinică*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. continuare cu aceeaşi doză |\_|*

*\_*

*b. oprire medicament |\_|*

*\_ \_*

***2. Răspuns parţial*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. continuare cu aceeaşi doză |\_|*

*\_*

*b. optimizare tratament |\_|*

*\_ \_*

***3. Recădere/pierderea răspunsului*** *|\_| DA |\_| NU*

*a. continuare cu aceeaşi doză, dacă pacientul a epuizat toate alternativele terapeutice*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*b. optimizare tratament (conform recomandări Protocol) |\_|*

*\_*

*c. întrerupere tratament |\_|*

***C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

*\_*

***1.*** *Lipsa răspunsului primar |\_|*

*\_*

***2.*** *Recăderea sau pierderea secundară a răspunsului |\_|*

*\_*

***3.*** *Reacţie adversă severă |\_|*

*\_*

***4.*** *Deces |\_|*

*\_*

***5.*** *Decizia medicului, cauza: ..................................... |\_|*

*\_*

***6.*** *Decizia pacientului, cauza: ................................... |\_|*

*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.*

**#M8**

***Cod formular specific: L01XE07-II***

***FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI LAPATINIBUM în asociere cu CAPECITABINA - tratament boală metastatică***

***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 L01XE07-II*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*\_ \_*

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

***2.*** *Diagnostic de neoplasm mamar confirmat prin biopsie sau examen anatomopatologic postoperator şi HER2 pozitiv (IHC/determinări moleculare prin hibridizare)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***3.*** *Stadiul IV de boala conform clasificării TNM |\_| DA |\_| NU*

***4.*** *În asociere cu capecitabina, la pacienţii cu neoplasm mamar avansat sau metastatic, progresiv în urma unor terapii anterioare, care trebuie să fi inclus antracicline şi taxani şi terapie cu trastuzumab, în context metastatic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Pacienţi trataţi anterior cu trastuzumab şi chimioterapie (cel puţin taxani şi antracicline) - indicaţia de tratament, ulterioară liniei 1, în asociere cu capecitabina*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***6.*** *Fracţia de ejecţie cardiacă în intervalul valorilor normale, măsurată prin ecocardiografie (ECHO sau MUGA)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***7.*** *Status de performanţă ECOG 0-2 |\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

***1.*** *Insuficienţă cardiacă simptomatică |\_| DA |\_| NU*

***2.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile chiar şi după reducerea dozelor sau după terapia simptomatică specifică a reacţiilor adverse apărute în timpul tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare din excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***PENTRU CA O PACIENTĂ SĂ FIE ELIGIBILĂ PENTRU TRATAMENTUL CU LAPATINIBUM TREBUIE SĂ ÎNDEPLINEASCĂ TOATE CRITERIILE DE INCLUDERE (DA) ŞI NICIUNUL DE EXCLUDERE (NU)***

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

***1.*** *Tratamentul cu* ***LAPATINIBUM*** *a fost iniţiat la data de:*

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

*|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

***2.*** *Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*A. Remisiune completă |\_|*

*\_*

*B. Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*C. Boală staţionară |\_|*

*\_*

*D. Beneficiu clinic |\_|*

***3.*** *Starea clinică a pacientului permite continuarea tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4.*** *Probele biologice ale pacientului permit administrarea în continuare în condiţii de siguranţă a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Fracţia de ejecţie cardiacă în intervalul valorilor normale*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii |\_|*

*\_*

***2.*** *Deces |\_|*

***3.*** *Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolate chiar după terapia simptomatică şi întreruperea temporară a tratamentului*

*\_*

*|\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M9**

***Cod formular specific: L01XC19***

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

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

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

***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* ***L01XC19***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*1.* ***Pacienţi adulţi cu leucemie acută limfoblastică cu precursor de celulă B, cu cromozom Philadelphia negativ, recidivantă sau refractară.***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Metoda de diagnostic*

*\_*

*a. hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. examen medular |\_|*

*\_*

*c. examen imunofenotipic (la diagnostic) |\_|*

*\_*

*d. examen histopatologic cu imunohistochimie (la diagnostic) |\_|*

*\_*

*e. examen citogenetic (Ph1+) |\_| sau*

*\_*

*f. examen FISH |\_| sau*

*\_*

*g. examen molecular (bcr. - abl.) |\_| sau*

*\_*

*h. examen molecular (rearanjament genic) |\_| sau*

*\_*

*i. puncţie lombară (acolo unde este posibil) |\_|*

*\_*

*j. consult neurologic |\_|*

*\_*

*k. amilaze, lipaze |\_|*

*\_*

*l. teste hepatice |\_|*

*\_*

*m. probe renale |\_|*

*3. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*- Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*- Alăptare (în timpul şi cel puţin 48 ore după încheierea tratamentului)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

*1. Metoda de evaluare:*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. Ex. medular |\_|*

*\_*

*c. Examen neurologic |\_|*

*\_*

*d. Probe hepatice |\_|*

*\_*

*e. Amilaze, lipaze |\_|*

*\_*

*f. Probe renale |\_|*

*2. Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*3. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

*a. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

*\_*

*b. Toxicitate neurologică gr. >/= 2 |\_|*

*\_*

*c. Toxicitate inacceptabilă |\_|*

*\_*

*d. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

*e. Deces |\_|*

*\_*

*f. Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M9**

***Cod formular specific: L01XC24***

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

***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 L01XC24*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*1.* ***a) În monoterapie****, pentru tratamentul pacienţilor adulţi cu mielom multiplu recidivant şi refractar, care au fost trataţi anterior cu un inhibitor de proteazom şi un agent imunomodulator şi care au înregistrat progresia bolii sub ultimul tratament;*

*\_*

*|\_|*

***b) În asociere cu lenalidomidă şi dexametazonă sau cu bortezomib şi dexametazonă****, pentru tratamentul pacienţilor adulţi cu mielom multiplu la care s-a administrat cel puţin un tratament anterior*

*\_*

*|\_|*

*2. Metoda de diagnostic:*

*\_*

*a. hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. ex. medular: >/= 10% plasmocite clonale |\_|*

*\_*

*< 10% plasmocite clonale |\_|*

*\_*

*c. Electroforeza proteinelor serice + dozări + imunofixare |\_|* ***sau/şi***

*\_*

*d. lanţuri uşoare serice |\_|*

*\_*

*e. probe renale |\_|*

*\_*

*f. calcemie |\_|*

*\_*

*g. ex. imagistic |\_|*

*\_ \_*

*3. Boală activă - criterii CRAB: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. hipercalcemie > 11,0 mg/dl |\_|*

*\_*

*b. creatinină > 2,0 mg/ml |\_|*

*\_*

*c. anemie cu Hb < 10 g/dl |\_|*

*\_*

*d. leziuni osoase active |\_|*

*\_*

*4. coagulograma |\_|*

*\_*

*5. electroliţi serici |\_|*

*\_*

*6. probe hepatice (transaminaze, bilirubina) |\_|*

*7. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*1. Hipersensibilitate la substanţa(ele) activă(e) sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Sarcina şi alăptarea. |\_| DA |\_| NU*

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

*1. Metoda de evaluare:*

*\_*

*a. hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. electroforeza proteinelor serice + dozări + imunofixare\*) |\_| şi/sau*

*\_*

*c. lanţuri uşoare serice\*) |\_|*

*\_*

*d. electroliţi + calcemie |\_|*

*\_*

*e. examen medular\*) |\_|*

*\_*

*f. coagulograma |\_|*

*\_*

*g. probe hepatice (transaminaze, bilirubina) |\_|*

*\_*

*h. probe renale\*) |\_|*

*2. Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*3. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

*a. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

*\_*

*b. Hipersensibilitate la substanţa activă |\_|*

*\_*

*c. Toxicitate inacceptabilă |\_|*

*\_*

*d. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare. |\_|*

*\_*

*e. Deces |\_|*

*\_*

*f. Alte cauze |\_|*

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

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

*|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

*Data: Semnătura şi parafa medicului curant*

*NOTĂ \*) Frecvenţa va fi stabilită de către medic.*

*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.*

**#M9**

***Cod formular specific: L01XX42***

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

***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 L01XX42*

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

*1.* ***În asociere cu bortezomib şi dexametazonă pentru tratamentul pacienţilor adulţi cu mielom multiplu recidivant şi/sau refractar, cărora li s-au administrat cel puţin două scheme anterioare de tratament, incluzând bortezomib şi o substanţă imunomodulatoare***

*\_*

*|\_|*

*2. Metoda de diagnostic:*

*\_*

*a. hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. examen medular: >/= 10% plasmocite clonale |\_|*

*\_*

*< 10% plasmocite clonale |\_|*

*\_*

*c. electroforeza proteinelor serice + dozări + imunofixare |\_|* ***sau/şi***

*\_*

*d. lanţuri uşoare serice |\_|*

*\_*

*e. probe renale |\_|*

*\_*

*f. calcemie |\_|*

*\_*

*g. ex. imagistic |\_|*

*\_ \_*

*3. Boală activă - criterii CRAB: |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*a. hipercalcemie > 11,0 mg/dl |\_|*

*\_*

*b. creatinină > 2,0 mg/ml |\_|*

*\_*

*c. anemie cu Hb < 10 g/dl |\_|*

*\_*

*d. Leziuni osoase active |\_|*

*4. electrocardiograma (înainte de iniţiere şi înainte de fiecare \_*

*ciclu de tratament) ± examen cardiovascular |\_|*

*\_*

*5. coagulograma |\_|*

*\_*

*6. electroliţi serici |\_|*

*\_*

*7. probe hepatice (transaminaze, bilirubina) |\_|*

*\_*

*8. teste tiroida (TSH, fT4) |\_|*

*9. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_ \_*

*1. Sarcina şi alăptarea |\_| DA |\_| NU*

*2. Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*3. Infecţii active netratate |\_| DA |\_| NU*

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

*1. Metoda de evaluare:*

*\_*

*a. hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. electroforeza proteinelor serice + dozări + imunofixare\*) |\_| şi/sau*

*\_*

*c. lanţuri uşoare serice\*) |\_|*

*\_*

*d. electroliţi + calcemie |\_|*

*\_*

*e. examen medular\*) |\_|*

*\_*

*f. coagulograma\*) |\_|*

*\_*

*g. probe hepatice (transaminaze, bilirubina) |\_|*

*\_*

*h. probe renale |\_|*

*\_*

*i. electrocardiograma (înainte de fiecare ciclu de tratament) |\_|*

*± examen cardiovascular\*)*

*2. Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*3. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

*a. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

*\_*

*b. Hipersensibilitate la substanţa activă |\_|*

*\_*

*c. Toxicitate inacceptabilă |\_|*

*\_*

*d. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare |\_|*

*\_*

*e. Deces |\_|*

*\_*

*f. Alte cauze |\_|*

*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.*

*------------*

*\*) Frecvenţa va fi stabilită de către medic.*

**#M9**

***Cod formular specific: L01XX52***

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

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

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

***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 L01XX52*

***1. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

***a) Linia I***

*1.* ***Leucemia limfatică cronică*** *(LLC) în* ***monoterapie → adulţi*** *(peste 18 ani)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*-* ***în prezenţa deleţiei 17p sau a mutaţiei TP53****, pacienţi care nu sunt eligibili pentru un inhibitor al căii de semnalizare a receptorilor celulelor B*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Metoda de diagnostic:*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. ex. medular |\_|*

*\_*

*c. imunofenotipare prin citometrie în flux |\_|* ***sau***

*\_*

*d. examen histopatologic cu imunohistochimie |\_|*

*\_*

*e. ex. citogenetic/FISH/secvenţiere ADN |\_|*

*\_ \_*

*3. Boala activă: minimum 1 criteriu IWCLL 2008 îndeplinit: |\_| DA |\_| NU*

*a. insuficienţa medulară progresivă (dezvoltare/agravare anemie şi/sau trombocitopenie)*

*\_*

*|\_|*

*b. splenomegalie masivă (> 6 cm sub rebordul costal)/progresivă/simptomatică*

*\_*

*|\_|*

*c. limfadenopatie masivă (> 10 cm în diametrul cel mai mare)/progresivă/simptomatică*

*\_*

*|\_|*

*d. limfocitoza progresivă cu creştere > 50% în 2 luni sau timp de dublare limfocitară (TDL) sub 6 luni*

*\_*

*|\_|*

*e. Oricare dintre următoarele simptome:*

*\_*

*• scădere ponderală >/= 10% în ultimele 6 luni |\_|*

*• status de performanţă ECOG >/= 2 (incapabil de muncă sau de a desfăşura activităţi uzuale)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*• Febra > 38° cu durata de >/= 2 săptămâni fără dovadă de infecţie |\_|*

*• Transpiraţii nocturne cu durata de > 1 lună fără dovadă de infecţie*

*\_*

*|\_|*

*4. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***b) Linia a II-a***

*1.* ***Leucemia limfatică cronică*** *(LLC) în* ***monoterapie → adulţi*** *(peste 18 ani)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*-* ***în prezenţa deleţiei de 17p sau a mutaţiei TP53*** *- pacienţi adulţi care au avut eşec la un inhibitor al căii de semnalizare a receptorilor celulelor B*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Metoda de diagnostic:*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. ex. medular |\_|*

*\_*

*c. imunofenotipare prin citometrie în flux* ***sau*** *|\_|*

*\_*

*d. examen histopatologic cu imunohistochimie |\_|*

*\_*

*e. ex. citogenetic/FISH/secvenţiere ADN |\_|*

*\_ \_*

*3. Boala activă: minimum 1 criteriu IWCLL 2008 îndeplinit: |\_| DA |\_| NU*

*a. insuficienţa medulară progresivă (dezvoltare/agravare anemie şi/sau trombocitopenie)*

*\_*

*|\_|*

*b. splenomegalie masivă (> 6 cm sub rebordul costal)/progresivă/simptomatică*

*\_*

*|\_|*

*c. limfadenopatie masivă (> 10 cm în diametrul cel mai mare)/progresivă/simptomatică*

*\_*

*|\_|*

*d. limfocitoza progresivă cu creştere > 50% în 2 luni sau timp de dublare limfocitară (LDT) sub 6 luni*

*\_*

*|\_|*

*e. Oricare dintre următoarele simptome:*

*\_*

*• scădere ponderală >/= 10% în ultimele 6 luni |\_|*

*• status de performanţă ECOG >/= 2 (incapabil de muncă sau de a desfăşura activităţi uzuale)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*• Febra > 38° cu durata de >/= 2 săptămâni fără dovada de infecţie |\_|*

*• Transpiraţii nocturne cu durata de > 1 lună fără dovada de infecţie*

*\_*

*|\_|*

*4. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***c) Linia a III-a***

***1. Leucemia limfatică cronică*** *(LLC) în* ***monoterapie → adulţi*** *(peste 18 ani)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*-* ***în absenţa deleţiei 17p sau a mutaţiei TP53*** *- pacienţi care au avut eşec atât la chimioterapie şi imunoterapie, cât şi la tratamentul cu un inhibitor al căii de semnalizare a receptorilor celulelor B*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Metoda de diagnostic:*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. examen medular |\_|*

*\_*

*c. imunofenotipare prin citometrie în flux |\_| sau*

*\_*

*d. examen histopatologic cu imunohistochimie |\_|*

*\_*

*e. ex. citogenetic/FISH/secvenţiere ADN |\_|*

*\_ \_*

*3. Boala activă: minimum 1 criteriu IWCLL 2008 îndeplinit: |\_| DA |\_| NU*

*a. insuficienţa medulară progresivă (dezvoltare/agravare anemie şi/sau trombocitopenie)*

*\_*

*|\_|*

*b. splenomegalie masivă (> 6 cm sub rebordul costal)/progresivă/simptomatică*

*\_*

*|\_|*

*c. limfadenopatie masivă (> 10 cm în diametrul cel mai mare)/progresivă/simptomatică*

*\_*

*|\_|*

*d. limfocitoza progresivă cu creştere > 50% în 2 luni sau timp de dublare limfocitară (LDT) sub 6 luni*

*\_*

*|\_|*

*e. Oricare dintre următoarele simptome:*

*\_*

*• scădere ponderală >/= 10% în ultimele 6 luni |\_|*

*• status de performanţă ECOG >/= 2 (incapabil de muncă sau de a desfăşura activităţi uzuale)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*• Febra > 38° cu durata de >/= 2 săptămâni fără dovada de infecţie |\_|*

*• Transpiraţii nocturne cu durata de > 1 lună fără dovada de infecţie*

*\_*

*|\_|*

*4. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***2. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT***

*1. Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Utilizarea concomitentă a Venetoclax cu inhibitori puternici ai CPY3A la iniţierea tratamentului şi în timpul perioadei de ajustare a dozei*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Utilizarea concomitentă a Venetoclax cu produsele care conţin sunătoare*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*4. Sarcina şi alăptarea |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Insuficienţă hepatică severă |\_| DA |\_| NU*

***3. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

***\_ \_***

***1. Leucemia limfatică cronică*** *(LLC)* ***→ adulţi*** *(peste 18 ani) |\_| DA |\_| NU*

*2. Metoda de evaluare:*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. Probe hepatice |\_|*

*\_*

*|\_|*

*3. Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*4. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***4. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

***1.*** *Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic*

*\_*

*|\_|*

***2.*** *Toxicitate inacceptabilă sau toxicitatea persistentă după două scăderi succesive de doză*

*\_*

*|\_|*

***3.*** *Pacientul necesită obligatoriu tratament cu unul din medicamentele incompatibile cu administrarea Venetoclax*

*\_*

*|\_|*

***4.*** *Sarcina \_*

*|\_|*

***5.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare \_*

*|\_|*

***6.*** *Deces \_*

*|\_|*

***7.*** *Alte cauze \_*

*|\_|*

*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.*

**#M9**

***Cod formular specific: M09AX07***

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

***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* ***M09AX07***

***A. ATROFIA MUSCULARĂ SPINALĂ (AMS) TIP I:***

***I. Criterii de includere în tratament\*):***

*1. Testarea genetică a demonstrat o mutaţie (deleţie) homozigotă sau heterozigotă compusă a genei 5q SMN1*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Existenţa a cel puţin 2 copii ale genei SMN2*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*3. Pacienţi cu AMS tip I b sau Ic |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*4. Consimţământ informat |\_| DA |\_| NU*

***II. Criterii de excludere din tratament\*):***

*\_ \_*

*1. Pacienţi fără confirmare genetică a bolii AMS |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Pacienţi cu mai puţin de 2 copii SMN2 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*3. Pacienţi cu AMS tip 0 |\_| DA |\_| NU*

*4. Pacienţi care necesită ventilaţie asistată invazivă permanentă (> 16 h/zi de ventilaţie continuă în ultimele > 21 zile, în absenţa unui episod acut reversibil sau traheostomiei) care nu este urmarea unui episod acut.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Situaţii clinice care pot împiedica puncţia lombară |\_| DA |\_| NU*

***III. Criterii de continuare a tratamentului\*):***

*1. Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Efectele adverse ale Nusinersen sau ale administrării intratecale nu produc o deteriorare a calităţii vieţii pacientului.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Riscurile induse de administrarea intratecală a Nusinersen nu pun în pericol viaţa pacientului.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*4. Nu îndeplineşte niciun criteriu de întrerupere. |\_| DA |\_| NU*

***IV. Criterii de întrerupere a tratamentului\*\*):***

*1. Scădere semnificativă a funcţiei motorii (măsurată cu Scala Hammersmith - HINE secţiunea 2) sau* ***respiratorie*** *înainte de administrarea celei de a VI-a doze sau ulterior, la evaluarea clinică.*

*\_*

*|\_|*

*2.* ***Nu se înregistrează nicio îmbunătăţire a funcţiei motorii*** *(pe scala HINE) la 18 luni de la iniţierea tratamentului.*

*\_*

*|\_|*

*3. Înregistrează* ***2 scăderi consecutive ale funcţiei motorii a pacientului*** *la 18 luni de la iniţierea tratamentului sau la evaluările de la fiecare 4 luni.*

*\_*

*|\_|*

*4. Pacientul prezintă* ***efecte adverse severe*** *asociate cu administrarea Nusinersen.*

*\_*

*|\_|*

*5. Starea clinică* ***pune în pericol viaţa pacientului*** *datorită riscurilor induse de administrarea intratecală.*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*6. Reacţii adverse inacceptabile şi necontestabile |\_|*

*\_*

*7. Lipsa complianţei la tratament |\_|*

*\_*

*8. Decizia pacientului, cauza: ................................. |\_|*

*\_*

*9. Decizia medicului, cauza: ................................... |\_|*

***B. ATROFIA MUSCULARĂ SPINALĂ (AMS) tip II sau III:***

***I. Criterii de includere în tratament\*):***

*1. Testarea genetică a demonstrat o deleţie homozigotă sau heterozigotă compusă a genei 5q SMN1*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Existenţa a cel puţin 2 copii a genei SMN2 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*3. Pacienţi simptomatici cu diagnostic de AMS tip II sau III |\_| DA |\_| NU*

*4. Scor </= 54 puncte la măsurarea funcţiei motorii cu ajutorul Scalei Hammersmith Functional Motor Scale - Expanded (HFMSE)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*SAU*

*Scorul HFMSE este > 54 puncte, dar în urma monitorizării clinice se constată o scădere cu > 3 puncte*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Consimţământ informat |\_| DA |\_| NU*

*6. Pacienţi care au primit tratament cu Nusinersen, însă s-a decis întreruperea acestuia, iar la 8 luni de la oprirea tratamentului se constată o pierdere de > 3 puncte pe scala HFMSE*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***II. Criterii de excludere din tratament\*):***

*1. Pacienţi care necesită ventilaţie asistată invazivă permanentă. (> 16 h/zi de ventilaţie continuă în ultimele > 21 zile, în absenţa unui episod acut reversibil sau traheostomiei) care nu este urmarea unui episod acut*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Situaţii clinice care pot împiedica puncţia lombară*

*3. Istoric de afecţiuni cerebrale sau medulare care ar putea interfera cu procedura puncţiei lombare sau cu circulaţia lichidului cefalo-rahidian*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Pacienţi cu boală în stadii foarte avansate, cu scor >/= 47 pe scala Funcţională Egen Klassification versiunea 2 (EK2), care nu au beneficiu clinic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***III. Criterii de continuare a tratamentului\*):***

*1. Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului.*

*\_*

*|\_|*

*2. Efectele adverse ale Nusinersen sau ale administrării intratecale nu produc o deteriorare a calităţii vieţii pacientului.*

*\_*

*|\_|*

*3. Riscurile induse de administrarea intratecală a Nusinersen nu pun în pericol viaţa pacientului.*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*4. Nu îndeplineşte niciun criteriu de întrerupere. |\_|*

***IV. Criterii de întrerupere a tratamentului\*\*):***

*1. După 2 ani de la iniţierea tratamentului:*

*a. La pacienţii care* ***au*** *capacitatea de a merge nu se produce o îmbunătăţire de >/= 3 puncte pe scala HFMSE şi nu apare o creştere a distanţei parcurse la testul mersului 6 minute cu > 30 metri*

*\_*

*|\_|*

*b. La pacienţii care* ***nu au*** *capacitatea de a merge, nu se produce o îmbunătăţire de >/= 3 puncte pe scala HFMSE şi nu apare o creştere cu > 2 puncte pe scala membrelor superioare (Upper Limb Module Test - RULM)*

*\_*

*|\_|*

*2. La 36 luni de la începerea tratamentului se constată o deteriorare faţă de progresul funcţional obţinut la 2 ani.*

*\_*

*|\_|*

*3. În cazul deteriorării importante a funcţiei respiratorii, dacă este necesară instituirea ventilaţiei asistate permanente (> 16 h/zi ventilaţie continuă în absenţa unui episod acut reversibil sau traheostomia), fără existenţa unei cauze acute*

*\_*

*|\_|*

*4. Pacientul prezintă efecte adverse severe asociate cu administrarea Nusinersen.*

*\_*

*|\_|*

*5. Datorită stării clinice, riscurile induse de administrarea intratecală a Nusinersen pun în pericol viaţa pacientului.*

*\_*

*|\_|*

*6. Efectele adverse ale Nusinersen sau ale administrării intratecale produc o deteriorare a calităţii vieţii pacientului.*

*\_*

*|\_|*

*7. Lipsa complianţei la tratament prin neprezentarea la administrarea tratamentului în zilele programate, cu o întârziere de cel mult 7 zile pentru primele patru administrări şi 14 zile începând cu a 4-a administrare*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*8. Decizia pacientului, cauza: ................................ |\_|*

*\_*

*9. Decizia medicului, cauza: .................................. |\_|*

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

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

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

*Notă:*

*\*) Pentru includerea în tratament/continuarea tratamentului/excluderea din tratament pacienţii trebuie să*

*îndeplinească, cumulativ toate criteriile menţionate.*

*\*\*) Pentru întreruperea tratamentului pacienţii trebuie să îndeplinească cel puţin unul dintre criteriile menţionate.*

*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.*

**#M9**

***Cod formular specific: L01AA09***

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

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

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

***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* ***L01AA09***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)***

***Linia I***

*1.* ***Leucemia limfatică cronică*** *(LLC) stadiul B sau C Binet, la care nu este indicată chimioterapia care conţine Fludarabină*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Metoda de diagnostic:*

*\_*

*a. hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. imunofenotipare prin citometrie în flux |\_| sau*

*\_*

*c. examen histopatologic + IHC |\_|*

*\_*

*d. transaminaze, bilirubină |\_|*

*\_*

*e. antigene hepatice |\_|*

*\_*

*f. creatinină, acid uric |\_|*

*\_*

*g. potasiu seric |\_|*

*\_*

*h. EKG |\_|*

*\_*

*i. examene imagistice |\_|*

*3. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*1. Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Alăptarea, sarcina |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*3. Insuficienţă hepatică severă (bilirubinemie > 3,0 mg/dl) |\_| DA |\_| NU*

*4. Supresie severă a măduvei osoase şi modificări severe ale hemoleucogramei (scădere a valorilor leucocitelor şi/sau trombocitelor la < 3000/µl sau, respectiv, la < 75000 µl)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*5. Intervenţii chirurgicale majore cu mai puţin de 30 de zile înainte de începerea tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*6. Infecţii, în special cele care implică leucopenie |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*7. Vaccinare împotriva febrei galbene |\_| DA |\_| NU*

***C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)***

*1.* ***Leucemia limfatică cronică (LLC)*** *stadiul B sau C Binet, la care nu este indicată chimioterapia care conţine Fludarabină şi care are răspuns la tratament, clinic şi hematologic.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Metoda de evaluare:*

*\_*

*a. Hemoleucograma + FL |\_|*

*\_*

*b. Probe hepatice |\_|*

*\_*

*c. Probe renale |\_|*

*3. Evoluţia sub tratament*

*\_*

*- favorabilă |\_|*

*\_*

*- staţionară |\_|*

*4. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

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

*\_*

***1.*** *Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

***2.*** *Toxicitate inacceptabilă hematologică (leucocite, trombocite) şi nonhematologică (hepatică sau renală)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

***3.*** *Sarcină |\_|*

*\_*

***4.*** *Pacientul nu s-a prezentat la evaluare. |\_|*

*\_*

***5.*** *Deces |\_|*

*\_*

***6.*** *Alte cauze |\_|*

*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.*

**#M9**

***Cod formular specific: A16AX10***

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

***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) ...............*

*În doza de .......... U/kg ........ U/perfuzie, o perfuzie la 2 săptămâni interval.*

***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* ***A16AX10***

***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

***1. Diagnostic:*** *Boala Gaucher tip 1*

***- diagnostic specific:***

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

*a) enzimatic\*1) ..................... data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_| DA |\_| NU*

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

*b) molecular\*2) ..................... data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_| DA |\_| NU*

***2. Sunt eligibili pentru tratament pacienţii (cu vârsta >/= 18) ani care prezintă cel puţin unul dintre criteriile de includere enumerate mai jos:***

***A.1. Pentru pacienţii care nu au mai primit tratament specific pentru boala Gaucher***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***Somatometrie:***

*\_*

*1. talia ............... cm/SDS ................... |\_|*

*\_*

*2. greutatea ........... kg/IMC ................... |\_|*

***a) Creştere viscerală:***

*\_ \_*

*1. splenectomie: |\_| DA |\_| NU*

*dacă NU:*

*\_*

*2. volumul splenic (cmc .......... mN\*3) .........) |\_|*

*\_*

*3. volumul hepatic (cmc .......... mN\*4) .........) |\_|*

***b) Citopenie:***

*\_ \_*

*1. Hb .............. g/dl ...................... < 10 g/dl |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*(datorată bolii Gaucher)? |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Trombocite .............../mmc |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*Trombocitopenie < 60.000/mmc |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*3. Neutropenie ............../mmc; < 500/mmc |\_| DA |\_| NU*

*sau:*

*\_ \_*

*4. Leucopenie simptomatică cu infecţii |\_| DA |\_| NU*

***c) Boală osoasă activă definită prin episoade osoase recurente: fracturi patologice, dureri, crize osoase, necroză avasculară:***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*------------*

*\*1) Valoare scăzută a β glucocerebrozidazei < 15 - 20% din valoarea martorilor*

*\*2) Prezenţa unor mutaţii specifice bolii, în stare de homozigot sau heterozigot compus la nivelul genei β glucocerebrozidazei (localizată lq21)*

*\*3) Multiplu vs normal (raportare la valoarea normală; valoarea normală = [Gr. pacientului (gr.) x 0,2] / 100*

*\*4) Multiplu vs normal (raportare la valoarea normală; valoarea normală = [Gr. pacientului (gr.) x 2,5] / 100*

***A.2. Pentru pacienţii care au primit până în acest moment tratament specific de substituţie enzimatică (Imiglucerasum sau Velaglucerasum)***

***Somatometrie:***

*\_*

*1. talia ............... cm/SDS ................... |\_|*

*\_*

*2. greutatea ........... kg/IMC ................... |\_|*

***a) Creştere viscerală:***

*\_ \_*

*1. splenectomie: |\_| DA |\_| NU*

*dacă NU:*

*2. volumul splenic (cmc .......... mN\*3) .........)*

*\_*

*- normal: |\_|*

*\_ \_ \_*

*- splenomegalie: uşoară |\_| moderată |\_| severă |\_|*

*3. volumul hepatic (cmc .......... mN\*4) .........)*

*\_*

*- normal: |\_|*

*\_ \_ \_*

*- hepatomegalie: uşoară |\_| moderată |\_| severă |\_|*

*\_*

***b) Citopenie:*** *|\_|*

*\_ \_*

*1. Hb .............. g/dl ...................... < 10 g/dl |\_| DA |\_| NU*

*(datorată bolii Gaucher)?*

*\_ \_*

*2. Trombocite .............../mmc |\_| DA |\_| NU*

*\_*

*- număr normal: |\_|*

*\_ \_ \_*

*- trombocitopenie: uşoară |\_| moderată |\_| severă |\_|*

*\_ \_*

*3. Neutropenie ............../mmc; < 500/mmc |\_| DA |\_| NU*

*sau:*

*\_ \_*

*4. Leucopenie simptomatică cu infecţii |\_| DA |\_| NU*

***c) Boală osoasă activă definită prin episoade osoase recurente: fracturi patologice, dureri, crize osoase, necroză avasculară:***

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***B. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (Tratamentul se continuă toată viaţa!)***

***1. Perioada de administrare a terapiei de substituţie enzimatică:***

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

***Data iniţierii: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| până la: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|***

***2. Evoluţia manifestărilor clinice sub tratament:***

***a) Somatometrie:***

*\_*

*1. talia ............... cm/SDS ................... |\_|*

*\_*

*2. greutatea ........... kg/IMC ................... |\_|*

*\_*

***evoluţie:*** *- staţionar |\_|*

*\_*

*- creştere ponderală |\_|*

*\_*

*- scădere ponderală |\_|*

*\_ \_*

***b) Organomegalia:*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*1. splenectomie: |\_| DA |\_| NU*

*dacă NU:*

*2. volumul splenic (cmc .......... mN\*3) .........)*

*\_*

***evoluţie:*** *- staţionară |\_|*

*\_*

*- ameliorare |\_|*

*\_*

*- normalizare |\_|*

*\_*

*- agravare |\_|*

*3. volumul hepatic (cmc .......... mN\*4) .........)*

*\_*

***evoluţie:*** *- staţionară |\_|*

*\_*

*- ameliorare |\_|*

*\_*

*- normalizare |\_|*

*\_*

*- agravare |\_|*

*\_ \_*

***c) Citopenie:*** *|\_| DA |\_| NU*

*1. Hb .................. g/dl*

*\_*

***evoluţie:*** *- staţionară |\_|*

*\_*

*- ameliorare |\_|*

*\_*

*- normalizare |\_|*

*\_*

*- agravare |\_|*

*2. Trombocite ............./mmc*

*\_*

***evoluţie:*** *- staţionară |\_|*

*\_*

*- ameliorare |\_|*

*\_*

*- normalizare |\_|*

*\_*

*- agravare |\_|*

*3. Neutrofile ............../mmc*

*\_*

***evoluţie:*** *- staţionară |\_|*

*\_*

*- ameliorare |\_|*

*\_*

*- normalizare |\_|*

*\_*

*- agravare |\_|*

*\_ \_*

***d) Boală osoasă*** *|\_| DA |\_| NU*

*1. clinic (în ultimele 6 luni):*

*\_ \_*

*- dureri |\_|* ***evoluţie:*** *- staţionară |\_|*

*\_ \_*

*- crize osoase |\_| - ameliorare |\_|*

*\_ \_*

*- fracturi patologice |\_| - normalizare |\_|*

*\_*

*- agravare |\_|*

*\_*

*2. IRM femur bilateral (se efectuează la 12 - 24 luni): |\_|*

*\_ \_*

*- infiltrare medulară |\_|* ***evoluţie:*** *- staţionară |\_|*

*\_ \_*

*- leziuni litice |\_| - ameliorare |\_|*

*\_ \_*

*- infarcte osoase |\_| - normalizare |\_|*

*\_ \_*

*- necroză avasculară |\_| - agravare |\_|*

***3. Efecte adverse:***

*\_*

*- absente |\_|*

*\_*

*- prezente (enumerare): |\_|*

*...................................................*

*...................................................*

*\_ \_*

***4. Comorbidităţi importante pentru evoluţia pacientului:*** *|\_| DA |\_| NU*

*........................................................*

***C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

*\_*

***1.*** *Lipsa de complianţă a pacientului |\_|*

***2.*** *Efecte adverse severe: sincopa (excepţională, de altfel, în experienţa raportată la aceşti pacienţi în absenţa unor factori de risc predispozanţi)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

***3.*** *Decesul pacientului |\_|*

*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.*

**#M9**

***Cod formular specific: H01AC03***

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

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

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

***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* ***H01AC03***

***1. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (eligibilitate)***

*\_ \_*

***A. Criterii clinice şi auxologice*** *|\_| DA |\_| NU*

*1. Talie = ............ cm (......... DS), Greutate = ............ kg, IMC = ............ (kg/m2)*

*2. Aspect fenotipic specific (hipertrofia etajului mijlociu facial, bose frontale, privire în "apus de soare", nas "în şa")*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***B. Criterii hormonale (\*) evaluări nu mai vechi de 3 luni, \*\*) evaluări nu mai vechi de 6 luni)***

*\_ \_*

*1. GH bazal\*\*) = ng/ml* ***- peste 10 ng/ml*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. GH în test stimulare\*\*) = ng/ml* ***- peste 10 ng/ml*** *|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*3. IGF 1\*) = ng/ml (............. DS)* ***- sub -2 DS*** *|\_| DA |\_| NU*

*4. Test generare IGF 1\*\*)*

*IGF1 ziua 1 = ng/ml IGF1 ziua 5 = ng/ml*

*IGFBP3 ziua 1 = mg/l IGFBP3 ziua 5 = mg/l*

*\_ \_*

*Increment IGF1 în test sub 15 ng/ml |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*Increment IGFBP3 sub 0,4 mg/l |\_| DA |\_| NU*

***C. Evaluări asociate obligatorii (\*) evaluări nu mai vechi de 3 luni, \*\*) evaluări nu mai vechi de 6 luni) - rezultate ataşate:***

*1. Vârsta osoasă\*\*) = ........... ani (metoda atlasului Greulich & Pyle, 1959)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*2. Biochimie generală\*) |\_|*

*\_*

*3. Examen FO\*) |\_|*

*\_*

*4. Examen cardiologic cu ecografie cardiacă\*\*) |\_|*

*5. Evaluări care să excludă alte cauze cunoscute de statură mică/valori reduse ale IGF1*

*\_*

*|\_|*

*\_ \_*

***2. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI*** *|\_| DA |\_| NU*

*Tratamentul cu MECASERMINUM în doza de ................... a fost iniţiat în luna ................ anul ....................; doza a fost crescută la .................*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*din luna ........... anul ................. şi la ...................*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*din luna ........... anul .................*

***A. Criterii auxologice\*)***

***Talie*** *= cm (......... DS),* ***greutate*** *= kg,* ***IMC*** *= (kg/m2)*

***În cursul primului an de tratament***

*\*) creşterea velocităţii de creştere cu cel puţin 30% faţă de velocitatea de dinaintea începerii*

*tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*\*) recuperarea a 0,3 DS din întârzierea de creştere |\_| DA |\_| NU*

***În cursul anilor următori de tratament***

*\*) reducerea progresivă a deficitului statural (DS) cu excepţia cazurilor în care înălţimea a ajuns deja pe canalul genetic de creştere*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***B. Criterii hormonale (anual)***

*IGF 1 = ng/ml (........... DS)*

***C. Evaluări asociate obligatorii (\*) evaluări la 3 - 4 luni, \*\*) evaluări la 6 luni, \*\*\*) evaluări anuale) - rezultate ataşate:***

*\_*

*1. Evaluare clinică generală\*) |\_|*

*\_*

*2. Biochimie generală\*\*) |\_|*

*\_*

*3. Evaluare oftalmologică (FO)\*\*) |\_|*

*\_*

*4. Evaluare ORL (status auditiv, status tonsilar)\*\*\*) |\_|*

*\_*

*5. Evaluare cardiologică\*\*\*) |\_|*

*\_*

*6. Vârsta osoasă\*\*\*) = .............. ani |\_|*

***3. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI (un singur criteriu este suficient)***

*\_ \_*

***1.*** *Vârsta osoasă 14 ani la fete şi 15,5 ani la băieţi |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***2.*** *Viteza de creştere sub 2,5 cm pe an |\_| DA |\_| NU*

***3.*** *Refuzul părinţilor, al susţinătorilor legali sau al copilului peste 12 ani*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

***4.*** *Complianţă inadecvată |\_| DA |\_| NU*

***5.*** *Apariţia de reacţii adverse grave sau contraindicaţii ale tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*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.*

**#M10**

***Cod formular specific: L01XC18.1***

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

***- Neoplasm bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici -***

***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\*1)*

*\_ \_ \_*

*(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"****!*

*------------*

*\*1) Se notează obligatoriu codul 111*

***SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE*** *Cod formular specific* ***L01XC18.1***

***INDICAŢIE: Cancer pulmonar în monoterapie pentru tratamentul de primă linie al carcinomului pulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC, non-small cell lung carcinoma), metastatic, la adulţi ale căror tumori exprimă PD-L1 cu un scor tumoral proporţional (STP) >/= 50%, fără mutaţii tumorale EGFR sau ALK pozitive.***

***I. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*1. Declaraţie de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Vârsta > 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*3. Carcinom pulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC, non - small cell lung carcinoma), metastatic confirmat histopatologic şi PD-L1 pozitiv cu un scor tumoral proporţional (STP) >/= 50% confirmat, efectuat printr-o testare validată*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*4. Indice al statusului de performanţă ECOG 0-2 |\_| DA |\_| NU*

***II. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT***

*\_ \_*

*1. Insuficienţă hepatică moderată sau severă |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Insuficienţă renală severă |\_| DA |\_| NU*

*3. Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*4. Sarcină/Alăptare |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Mutaţii prezente ale EGFR sau rearanjamente ALK. |\_| DA |\_| NU*

*6. Metastaze active la nivelul SNC; status de performanţă ECOG > 2; infecţie HIV, hepatită B sau hepatită C; boli autoimune sistemice active; boală pulmonară interstiţială; antecedente de pneumonită care a necesitat tratament sistemic cu corticosteroizi; antecedente de hipersensibilitate severă la alţi anticorpi monoclonali; pacienţii cărora li se administrează tratament imunosupresor, pacienţii cu infecţii active\*.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\* După o evaluare atentă a riscului potenţial crescut, tratamentul cu pembrolizumab poate fi utilizat la aceşti pacienţi dacă medicul curant consideră că beneficiile depăşesc riscurile potenţiale*

***III. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI***

*1. Menţinerea consimţământului şi complianţei la tratament a pacientului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*a) Remisiune completă |\_|*

*\_*

*b) Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*c) Boală staţionară |\_|*

*\_*

*d) Beneficiu clinic |\_|*

*3. Starea clinică a pacientului permite administrarea terapiei în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Probele biologice permit continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*5. Răspuns favorabil la tratament pentru pacienţii la care s-a administrat anterior Pembrolizumab (din alte surse financiare)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***IV. CRITERII DE ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂ A TRATAMENTULUI***

*1. Progresia obiectivă a bolii (clinic şi imagistic) în absenţa beneficiului clinic*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*2. Deces |\_|*

*\_*

*3. Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M10**

***Cod formular specific: L01XC18.2***

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

***- Melanom malign -***

***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\*1)*

*\_ \_ \_*

*(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"****!*

*------------*

*\*1) Se codifică obligatoriu 117*

***SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE*** *Cod formular specific* ***L01XC18.2***

***INDICAŢIE: Monoterapie pentru tratamentul melanomului avansat (nerezecabil sau metastatic) la pacienţii adulţi***

***I. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*1. Declaraţie de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Vârsta > 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*3. Melanom malign avansat local şi panregional, inoperabil sau metastazat, confirmat histologic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Evaluare imagistică care certifică încadrarea în stadiile avansate de boală*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Status de performanţă ECOG 0-2 |\_| DA |\_| NU*

*6. Dacă sunt prezente determinări secundare cerebrale, acestea trebuie să fie tratate prin metode locale (radioterapie, neurochirurgie) şi să fie stabile neurologic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***II. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT***

*\_ \_*

*1. Insuficienţă hepatică moderată sau severă |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Insuficienţă renală severă |\_| DA |\_| NU*

*3. Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*4. Sarcină/Alăptare |\_| DA |\_| NU*

*5. Lipsa răspunsului la tratament anterior cu imunoterapie (antiPD1/antiPDL1 sau antiCTLA4)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*6. Metastaze cerebrale* ***simptomatice*** *(necontrolate terapeutic) sau* ***netratate\****

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***III. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI***

*1. Menţinerea consimţământului şi complianţei la tratament a pacientului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*a) Remisiune completă |\_|*

*\_*

*b) Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*c) Boală staţionară |\_|*

*\_*

*d) Beneficiu clinic |\_|*

*3. Starea clinică a pacientului permite administrarea terapiei în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Probele biologice permit continuarea administrării terapiei în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*5. Răspuns favorabil la tratament pentru pacienţii la care s-a administrat anterior Pembrolizumab (din alte surse financiare)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*------------*

*\* După o evaluare atentă a riscului potenţial crescut, tratamentul cu pembrolizumab poate fi utilizat la aceşti pacienţi dacă medicul curant consideră că beneficiile depăşesc riscurile potenţiale*

***IV. CRITERII DE ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂ A TRATAMENTULUI***

*\_*

*1. Progresia boli |\_|*

*\_*

*2. Deces |\_|*

*\_*

*3. Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M10**

***Cod formular specific: L01XE33***

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

***- Neoplasm mamar -***

***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:*** *|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|*

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

***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* ***L01XE33***

***INDICAŢII:*** *Palbociclib este indicat în tratamentul cancerului mamar avansat local, metastatic, cu receptori hormonali (estrogenici şi/sau progesteronici) şi expresie negativă pentru receptorul HER2-neu, în următoarea situaţie: în prima linie de tratament hormonal, în asociere cu un inhibitor de aromatază.*

***I. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*1. Declaraţie de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Vârsta >/= 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*3. Indice al statusului de performanţă ECOG 0-2 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*4. Diagnostic de cancer mamar confirmat histologic |\_| DA |\_| NU*

*5. Examen imunohistochimic/teste moleculare cu receptori hormonali (estrogenic şi/sau progesteronici) şi expresie negativă pentru receptorul HER2-neu*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*6. Stadiul avansat de boală, local/recurent sau metastatic, confirmat radiologic: CT/RMN/PET-cT/Scintigrafie osoasă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*7. Probe biologice care permit administrarea medicamentului în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***II. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT***

*1. Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Femei în pre- sau perimenopauză, fără ablaţie ovariană sau fără supresie ovariană cu un agonist de LHRH*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***III. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI***

*1. Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*a) Remisiune completă |\_|*

*\_*

*b) Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*c) Boală staţionară |\_|*

*\_*

*d) Beneficii clinice |\_|*

*2. Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***IV. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

*1. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*2. Deces |\_|*

*3. Toxicităţi şi reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile (inclusiv situaţii în care este necesară reducerea dozei < 75 mg/zi)*

*\_*

*|\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M10**

***Cod formular specific: L01XC21***

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

***- neoplasm gastric -***

***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* ***L01XC21***

***INDICAŢIE:***

*1. În asociere cu paclitaxel pentru tratamentul pacienţilor adulţi cu neoplasm gastric în stadiu avansat sau adenocarcinom de joncţiune eso-gastrică care prezintă progresia bolii după chimioterapie anterioară pe bază de săruri de platină şi fluoropirimidină.*

*\_*

*|\_|*

*2. Monoterapie pentru tratamentul pacienţilor adulţi cu neoplasm gastric în stadiu avansat sau adenocarcinom de joncţiune eso-gastrică care prezintă progresia bolii după chimioterapie anterioară pe bază de săruri de platină sau fluoropirimidină, pentru care tratamentul în asociaţie cu paclitaxel nu este adecvat.*

*\_*

*|\_|*

***I. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*1. Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Diagnostic de neoplasm gastric sau adenocarcinom de joncţiune eso-gastrică, confirmat histologic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Dovada imagistică de boală avansată sau metastatică - CT/RMN/PET-CT/Scintigrafie osoasă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Pacient cu progresia bolii după chimioterapie anterioară pe bază de săruri de platină şi/sau flouropirimidină*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Vârsta > 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*6. Tratament de linia a II-a:*

*\_*

*a) în monoterapie |\_|*

*\_*

*b) în asociere cu Paclitaxel |\_|*

***II. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT***

*1. Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***III. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI***

*1. Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*a) Remisiune completă |\_|*

*\_*

*b) Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*c) Boală staţionară |\_|*

*\_*

*d) Beneficiu clinic |\_|*

*2. Starea clinică a pacientului permite continuarea tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***IV. CRITERII DE ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂ A TRATAMENTULUI***

*\_*

*1. Progresia bolii |\_|*

*\_*

*2. Deces |\_|*

*\_*

*3. Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#M10**

***Cod formular specific: L01XC11***

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

***- indicaţia melanom malign avansat şi metastatic -***

***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* ***L01XC11***

***I. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*1. Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient:*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Pacienţi adulţi şi adolescenţi cu vârsta de 12 ani sau peste*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Melanom avansat local şi/sau regional, inoperabil, sau metastazat, confirmat histologic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Evaluarea extensiei bolii locale, regionale şi la distanţă (imagistica standard) pentru a certifica încadrarea în stadiile avansate de boală, cu leziuni prezente, documentate clinic (fotografie) sau imagistic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*5. Status de performanţă ECOG 0-2\* (\* vezi observaţia de mai jos)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***II. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT***

*1. Hipersensibilitate la substanţă activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Pacientă însărcinată sau care alăptează |\_| DA |\_| NU*

*3. Tratament anterior cu un alt medicament cu mecanism similar (modulator al CTLA4). Este permisă administrarea anterioară a altor modulatori ai imunităţii, de exemplu inhibitori PD1 sau PDL1.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Prezenţa unei afecţiuni auto-imune, inclusiv diabet zaharat prin mecanism auto-imun; afecţiunile cutanate autoimune (vitiligo, psoriazis) care necesită tratament sistemic imunosupresor reprezintă contraindicaţie pentru ipilimumab\**

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Boală interstiţială pulmonară simptomatică\* |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*6. Insuficienţă hepatică severă\* |\_| DA |\_| NU*

*7. Hepatită virală C sau B în antecedente (boală prezentă, evaluabilă cantitativ - determinare viremie)\**

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*8. Pacientul urmează tratament imunosupresiv pentru o afecţiune concomitentă (inclusiv corticoterapie în doză zilnică mai mare decât echivalentul a 10 mg de prednison)\*.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*9. Metastaze cerebrale netratate şi instabile, cu corticoterapie de întreţinere mai mult de echivalentul a 10 mg prednison (ca doză de întreţinere)\*.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\** ***Observaţie:*** *pentru pacienţii cu status de performanţă ECOG > 2, determinări secundare cerebrale netratate sau instabile neurologic, boală inflamatorie pulmonară pre-existentă, afecţiuni autoimune pre-existente, tratamente imunosupresoare anterioare, necesar de corticoterapie în doză mai mare de 10 mg de prednison pe zi sau echivalent, hepatită cronică cu virus B sau C tratată, controlată, cu viremie redusă semnificativ sau absentă după tratamentul specific, insuficienţă hepatică severă.*

*Ipilimumab poate fi utilizat cu precauţie, chiar şi în absenţa datelor, pentru aceste grupe de pacienţi, după o analiză atentă a raportului risc potenţial-beneficiu, efectuată individual, pentru fiecare caz în parte.*

***III. CRITERII DE ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂ A TRATAMENTULUI***

*\_*

*1. Deces |\_|*

*\_*

*2. Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

*3. Încheierea perioadei de tratament 4 cicluri |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*Pentru ca un pacient să fie eligibil pentru tratamentul cu IPILIMUMAB, trebuie să îndeplinească simultan toate criteriile de includere (DA) şi excludere (NU).*

*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.*

**#M10**

***\*1) Cod formular specific: L01XC13***

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

***- Neoplasm mamar avansat în asociere cu Trastuzumab şi Taxani -***

***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):*** *1) .....................* ***DC*** *(după caz) .............*

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

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

*\_ \_ \_*

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

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

***de 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"****!*

*------------*

*\*1) Se completează ambele DCI-uri notate cu \*\*1 Pertuzumab şi Trastuzumab*

***SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE*** *Cod formular specific* ***L01XC13***

***I. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*1. Declaraţie de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Dovada diagnosticului de cancer mamar HER2-pozitiv, examen imunohistochimic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Dovada radiologică a stadiului avansat de boală (metastatic sau recurent local inoperabil): CT sau RMN sau PET-CT sau Scintigrafie osoasă.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Pacienţi cu scor 3+ la IHC pentru HER2 sau rezultat pozitiv la testarea de tip hibridizare în situ (ISH)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*5. Pacientul nu a urmat anterior tratament chimioterapic sau ţintit anti-HER2 pentru boala sa avansată.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*6. Vârsta peste 18 an |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*7. Status de performanţă ECOG 0-2 |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*8. FEVS >/= 50%. |\_| DA |\_| NU*

***II. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT***

*\_ \_*

*1. Sarcină/Alăptare |\_| DA |\_| NU*

*2. Hipersensibilitate la Pertuzumab sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***III. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI***

*1. Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*a) Remisiune completă |\_|*

*\_*

*b) Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*c) Boală staţionară |\_|*

*2. Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***IV. CRITERII DE ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂ A TRATAMENTULUI***

*\_*

*1. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

*\_*

*2. Deces |\_|*

*\_*

*3. Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*4. FEVS < 40% chiar şi după întreruperile temporare de tratament de cel puţin 3 săptămâni*

*\_*

*|\_|*

*\_*

*5. Decizia medicului, cauza: ..................................... |\_|*

*\_*

*6. Decizia pacientului, cauza: ................................... |\_|*

*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.*

**#M10**

***Cod formular specific: L01XC27***

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

***- Sarcom de ţesuturi moi avansat -***

***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* ***L01XC27***

***I. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*1. Declaraţie de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Vârsta >/= 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*3. Status de performanţă ECOG 0-2 |\_| DA |\_| NU*

*4. Sarcom de ţesuturi moi în stadiul avansat (orice tip, inclusiv sarcom sinovial, mai puţin sarcom Kaposi), la care:*

*a) tratamentul curativ (intervenţie chirurgicală sau radioterapie) nu este posibil sau indicat*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*b) nu a fost tratat anterior cu doxorubicină (sau altă antraciclină)*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Fracţia de ejecţie >/= 50% |\_| DA |\_| NU*

***II. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT***

*1. Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Tratament anterior cu doxorubicină sau orice altă antraciclină*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Un tratament anterior care a avut ca ţintă terapeutică PDGF sau PDGF-R*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*4. Metastaze cerebrale* ***simptomatice, netratate*** *anterior |\_| DA |\_| NU*

*5. Fracţia de ejecţie </= 50%, măsurată într-un interval de 21 de zile anterior administrării*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*6. Sarcină/Alăptare |\_| DA |\_| NU*

*7. Antecedente de infarct miocardic, angină pectorală instabilă, angioplastie, stent cardiac în ultimele 6 luni*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***III. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI***

*1. Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*a) Remisiune completă |\_|*

*\_*

*b) Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*c) Boală staţionară |\_|*

*2. Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***IV. CRITERII DE ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂ A TRATAMENTULUI***

*\_*

*1. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic |\_|*

*\_*

*2. Deces |\_|*

*\_*

*3. Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

*4. Toxicităţi intolerabile |\_|*

*\_*

*5. Decizia medicului, cauza: ..................................... |\_|*

*\_*

*6. Decizia pacientului, cauza: ................................... |\_|*

*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.*

**#M10**

***Cod formular specific: L004C.5***

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

***- Neoplasm ovarian epitelial, trompe uterine sau peritoneal primar -***

***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\*1)*

*\_ \_ \_*

*(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"****!*

*------------*

*\*1) Se notează obligatoriu codul 130*

***SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE*** *Cod formular specific* ***L004C.5***

***I. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT***

*1. Declaraţie de consimţământ pentru tratament semnată de pacient*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*2. Diagnostic de neoplasm ovarian epitelial, neoplasm al trompelor uterine sau neoplasm peritoneal primar confirmat histopatologic*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Stadiul avansat/recurent/recidivat confirmat radiologie, CT/RMN/PET-CT*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*4. Probele biologice permit administrarea tratamentului chimioterapic antineoplazic şi a Bevacizumabum în condiţii de siguranţă*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Indice de performanţă ECOG 0-2\*) |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*6. Pacienţi cu vârsta peste 18 ani |\_| DA |\_| NU*

*7. a) Bevacizumab, în asociere cu carboplatin şi paclitaxel este indicat ca tratament de primă linie al pacientelor adulte cu neoplasm ovarian epitelial (stadiile FIGO - IIIB, IIIC şi IV), al trompelor uterine sau cu neoplasm peritoneal primar în stadii avansate.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*b) Bevacizumab, în asociere cu carboplatin şi gemeitabină sau în asociere cu carboplatin şi paclitaxel, este indicat pentru tratamentul pacientelor adulte la care s-a diagnosticat prima recidivă de neoplasm ovarian epitelial, neoplasm al trompelor uterine sau neoplasm peritoneal primar, sensibile la chimioterapia cu săruri de platină, cărora nu li s-a administrat anterior tratament cu bevacizumab sau alţi inhibitori ai factorului de creştere a endoteliului vascular (FCEV) sau terapie ţintă asupra receptorului FCEV.*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*c) Bevacizumab, în asociere cu paclitaxel, topotecan sau doxorubicină lipozomală este indicat pentru tratamentul pacientelor adulte cu neoplasm ovarian epitelial, neoplasm al trompelor uterine sau neoplasm peritoneal primar, recurente, rezistente la chimioterapia cu săruri de platină, cărora nu li s-au administrat mai mult de două scheme chimioterapice şi care nu au fost tratate anterior cu bevacizumab sau cu alţi inhibitori ai FCEV sau cu terapie ţintă asupra receptorului FCEV.*

***II. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT***

*1. Neoplazii ovariene, tubare sau peritoneale non-epiteliale sau borderline*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*2. Intervenţie chirurgicală majoră în ultimele 28 de zile |\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*3. Sarcină/alăptare |\_| DA |\_| NU*

*4. Evenimente tromboembolice semnificative clinic în ultimele 6 luni anterior iniţierii tratamentului cu Bevacizumab*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*\_ \_*

*5. Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă |\_| DA |\_| NU*

*6. Alte afecţiuni concomitente, care, în opinia medicului curant, contraindică tratamentul cu Bevacizumab*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***III. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI***

*1. Statusul bolii la data evaluării:*

*\_*

*a) Remisiune completă |\_|*

*\_*

*b) Remisiune parţială |\_|*

*\_*

*c) Boală staţionară |\_|*

*2. Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

*3. Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului*

*\_ \_*

*|\_| DA |\_| NU*

***IV. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI***

*\_*

*1. Progresia boli |\_|*

*\_*

*2. Deces |\_|*

*\_*

*3. Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile |\_|*

*\_*

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

*\_*

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

*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.*

**#CIN**

***\*)*** *În Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 639 din 23 iulie 2018, sintagma "ECOG 0-2" era indicată, în mod eronat, ca fiind "ECOG-02".*

**#B**

ANEXA 2

**METODOLOGIE**

**de transmitere în platforma informatică din asigurările de sănătate a formularelor specifice**

ART. 1

La iniţierea sau continuarea tratamentului specific unor afecţiuni cu medicamentele notate cu (\*\*)1, (\*\*)1Ω şi (\*\*)1β în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care sunt aprobate formulare specifice, medicul curant are obligaţia de a completa, semna şi parafa formularul specific medicamentului pe suport hârtie şi de a transmite o cerere online în platforma informatică din asigurările sociale, denumită în continuare PIAS, pentru înregistrarea informaţiilor din secţiunea I a formularului specific, cerere semnată electronic.

ART. 2

(1) În situaţia în care cererea online a fost procesată şi acceptată în PIAS, se emite electronic o confirmare de înregistrare a formularului specific, denumită în continuare confirmare, în baza căreia se poate prescrie tratamentul solicitat, cu respectarea perioadei cuprinse între data de începere şi data de terminare a acestuia.

(2) Medicul curant listează un exemplar al confirmării pe care îl înmânează asiguratului şi listează un exemplar pentru evidenţa proprie.

(3) În situaţia în care, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, prescrierea medicamentului se realizează de către alt medic prescriptor decât medicul curant, medicul curant transmite medicului prescriptor un exemplar al confirmării împreună cu scrisoarea medicală/biletul de externare din spital.

ART. 3

(1) În situaţia în care, pe perioada cuprinsă între data de începere şi data de terminare a tratamentului înscrisă în confirmare, medicul curant, raportat la evoluţia sub tratament a afecţiunii, decide întreruperea tratamentului, acesta completează, semnează şi parafează formularul specific al medicamentului pe suport hârtie şi transmite o cerere online în PIAS de întrerupere a tratamentului. Întreruperea tratamentului va fi adusă şi la cunoştinţa medicului prescriptor, în situaţia în care prescrierea medicamentului se realizează de către alt medic decât medicul curant.

(2) În situaţia în care, pe perioada cuprinsă între data de începere şi data de terminare a tratamentului înscrisă în confirmare, medicul curant, raportat la evoluţia sub tratament a afecţiunii, decide schimbarea tratamentului cu un alt medicament notat cu (\*\*)1 şi (\*\*)1Ω, pentru care este aprobat formular specific, acesta va relua procedura menţionată la alin. (1) şi cea prevăzută la art. 1.

ART. 4

(1) În situaţia producerii unor întreruperi în funcţionarea PIAS, constatate şi comunicate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, ce nu permit medicului curant transmiterea online a cererii prevăzute la art. 1 şi 3, acesta va transmite casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale formularul specific medicamentului, completat, semnat şi parafat, fie în format electronic pe adresa de e-mail, fie pe fax, cu confirmare de primire şi va prescrie tratamentul.

(2) În situaţia prevăzută la alin. (1), Casa Naţională de Asigurări de Sănătate va înregistra şi procesa formularul specific în PIAS.

**#M4**

ART. 5

*În cazul neîndeplinirii de către medicul curant a obligaţiilor prevăzute de prezentul ordin, se aplică la nivelul furnizorului în cadrul căruia acesta îşi desfăşoară activitatea sancţiunea prevăzută în Contractul-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi ale normelor metodologice de aplicare a acestuia şi/sau sancţiunea prevăzută în legislaţia în domeniul programelor naţionale de sănătate, după caz, pentru nerespectarea de către furnizori a prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate.*

**#B**

ANEXA 3

**Declaraţia pe propria răspundere a pacientului**

Subsemnatul, ................................., CNP ............................., declar pe propria răspundere că la data prezentei sunt în evidenţa medicului curant ................................. pentru tratamentul cu medicamentul/medicamentele ............................................................ pentru care urmează a fi eliberată prescripţie medicală în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în baza formularului specific.

Data

Semnătura pacientului/reprezentantului legal,

.............................................

---------------