**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**: **d 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 (v*arianta 999 coduri de boală)*, după caz:

ICD10 (sublista A, B,C secţiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (v*arianta 999 coduri de boală)*:

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

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

**10.\*Perioada de administrare a tratamentului**: 3 luni 6 luni 12 luni,

**de la**: **până la**:

**11. Data întreruperii tratamentului**:

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

DA NU

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

**SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE** *Cod formular specific* ***L004C.4***

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**
2. Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnatăde pacient: DA NU
3. Diagnostic de cancer pulmonar nonmicrocelular confirmat histopatologic: DA NU
4. Stadiu metastatic confirmat radiologic CT/ RMN/ PET/CT/+/\_ scintigrafie osoasă:

DA NU

- Tratament de linia I a în asociere cu chimioterapie cu săruri de platină

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

1. Probe biologice care să permită administrarea în asociere cu chimioterapia în condiţii de siguranţă: DA NU

- neutrofile ≥ 1500 /mm3, trombocite ≥ 100000/mm3 și Hemoglobină ≥ 9mg/dL, bilirubina serică ≤ 1,5mg/dL, ALT și AST ≤ 5xLSN; creatinină serică ≤ 1,5 xLSN

1. Indice de performanţă ECOG 0-1: DA NU
2. Pacienţi cu vârsta peste 18 ani: DA NU
3. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
4. CP nonmicrocelular cu celule predominant scuamoase: DA NU
5. Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă: DA NU
6. Status de performanţă ECOG≥2: DA NU
7. Istoric de boală cardiacă: DA NU

- Insuficienţă cardiacă >clasa II NYHA

- Boală ischemică acută ( Infarct miocardic acut în ultimele 6 luni)

- Hipertensiune necontrolată medicamentos

1. Intervenţie chirurgicală majoră în ultimele 28 zile DA NU
2. Fără hemoptizie recentă DA NU
3. Sarcină/alăptare DA NU

1. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**
2. Tratamentul cu **BEVACIZUMABUM** a fost iniţiat la data de:
3. Statusul bolii la data evaluării:
4. Remisiune completă
5. Remisiune parțială
6. Boală staționară
7. Beneficiu clinic
8. Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului: DA NU
9. Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului: DA NU
10. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
11. Progresia bolii

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

1. Deces
2. Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile
3. Decizia medicului, cauza: …………………………...
4. Decizia pacientului, cauza: ………………………….

*Pentru ca un pacient sa fie eligibil pentru tratamentul cu bevacizumab, trebuie să îndeplinească simultan toate criteriile de includere (DA) şi excludere (NU),cu excepţia pct 4 de la lit B unde se alege un singur răspuns.*

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

Data: Semnătura şi parafa medicului curant