REFERAT DE JUSTIFICARE

Către Casa de Asigurări de Sănătate .....

În atenția Comisiei naționale pentru aprobarea tratamentului cu imunosupresoare în poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă şi artrita juvenilă.

ARTRITĂ IDIOPATICĂ JUVENILĂ (AIJ) - G 31e

Diagnostic cert de AIJ: anul …… luna ……

Data debutului AIJ: anul …… luna ……

FO nr. ..... aflat în evidență din .....

Numărul dosarului .....

Data dosarului .....

PACIENT

Nume ..... Prenume .....

Data naşterii: ☐☐☐☐☐☐☐☐ CNP: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresa .....
.....
.....

Telefon ..... Casa de Asigurări de Sănătate .....

MEDIC CURANT

Nume ..... Prenume .....

Parafa ..... CNP: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Specialitatea ..... Unitatea sanitară .....

I. CRITERIILE DE INCLUDERE

a. EXAMENUL OBIECTIV ARTICULAR

Articulația		**DREAPTA**		**STÂNGA**	
		Tumefiere	**Mobilitate redusă şi dure la mişcare şi/sau sensibilitate la palpare**	**Tumefiere**	**Mobilitate redusă şi durere la mişcare şi/sau sensibilitate la palpare**
Coloana vertebrală cervicală					
Temporomandibulară					
Sternoclaviculară					
Acromioclaviculară					
Cot					
Radiocarpiană					
Metacarpofalangiene	I				
	II				
	III				
	IV				
	V				
Proximale interfalangiene	I				
	II				
	III				
	IV				
	V				
Şold					
Genunchi					
Tibiotarsiană					
Metatarsofalangiene	I				
	II				
	III				

	IV				
	V				
	VI				
Total STG + DR		Articulatii tumefiate		Articulațiilor cu mobilitate redusă şi durere şi/sau sensibilitate a presiune	

NB: Se va nota cu 0 absenta afectarii articulare; se va nota cu 1 prezenta fenomenelor articulare mentionate.

Greutatea corporala: …… Talia: ……

b. SINTEZA TERAPEUTICĂ

Tratamente urmate anterior cu referire specifica la Methotrexat si / sau Prednison.

(în cazul modificării dozelor se trece data începerii şi data întreruperii pentru fiecare doză)

Medicament	**Doza**	**Data începerii (ZZ/LL/AAAA)**	**Data întreruperii (ZZ/LL/AAAA)**	**Observații (motivul întreruperii,reacții adverse,ineficiență sau a fost bine tolerat)**

Criterii de eligibilitate pentru tratamentul cu **ETANERCEPT**:

1. Pacientul a urmat tratament continuu cu methotrexatum în ultimele …….. luni cu doza de ……mg/săptămână.
   Tratamentul cu methotrexatum la doza mai sus menționată a determinat următoarele reacții adverse inacceptabile ……... după ……. săptămâni de administrare sau a fost bine tolerată.
   Notă: Simptomele "dispeptice" nu vor fi menționate ca reacții adverse inacceptabile decât dacă sunt severe şi nu cedează la antiemetice.

sau

2. Pacientul a urmat tratament cu sulfasalazină în ultimele …….. luni cu doza de 50mg/kg/zi (până la maximum 2g/zi).
   Tratamentul cu sulfasalazină la doza mai sus menționată a determinat următoarele reacții adverse inacceptabile ……... după ……. săptămâni de administrare sau a fost bine tolerată.

3. Pacientul a efectuat corticoterapie generală continuă în ultimele……... luni cu doza echivalentă de ……. mg/Kg prednisonum sau corticoterapie intermitentă, după cum urmează ……
   Corticoterapia efectuată ca mai sus a produs (sau nu) următoarele reacții adverse: ……..

II. ARGUMENTE PENTRU INCLUDEREA IN TRATAMENTUL CU ETANERCEPT

Pentru initierea terapiei biologice se impune certificarea diagnosticului, gradului de activiate al bolii si a necesitatii instituirii tratamentului biologic de catre un medic de specialitate pediatrie dintr-un centru universitar (Bucuresti, Iasi, Cluj, Targu Mures, Constanta, Craiova, Timisoara). In acest scop la dosarul de initiere al terapiei biologice se va anexa biletul de externare semnat şi parafat de către medicul pediatru cu ocazia internarii intr-o clinică de pediatrie din centrele universitare mentionate mai sus.
Propunerea de includere a acestui caz în programul terapeutic cu etanerceptum pe baza următoarelor argumente (**diagnosticul cert de AIJ si initierea tratamentului biologic vor fi obligatoriu validate intr-un centru universitar!**):

……
……
……
……..

III. CONDUITA TERAPEUTICĂ

Doza de etanerceptum pentru acest pacient este de …… mg, de administrat subcutanat de doua ori pe săptămână. Din considerente de ordin etic etanerceptum-ul nu se administrează în AIJ în monoterapie, ca atare methotrexatum-ul nu trebuie întrerupt înainte de începerea tratamentului, decât după ce decizia de a introduce terapia biologică a fost luată pentru reacţii adverse inacceptabile la methotrexatum. În mod excepţional, şi numai in primele 3 luni, se acceptă continuarea (eventual introducerea) corticoterapiei antiinflamatoare în aşteptarea instalării efectului tratamentului biologic, dar la doze care să nu depăşească echivalentul la 0,2 mg/kg/24 h prednisonum.
Aceste date au fost comunicate medicului de familie prin scrisoarea medicală din data de (ZZ/LL/AAAA)..... (păstraţi o copie a scrisorii).

IV. TRATAMENT DE FOND ACTUAL AL AIJ:

	Doza actuală	**Din data de (ZZ/LL/AAAA)**	
1. Methotrexatum (MTX)			Puteţi confirma că pacientul foloseşte continuu această doză de MTX ?´ DA - bifaţi
2. În caz de intoleranţă MAJORĂ / CONFIRMATĂ (anexaţi documente medicale) la MTX, furnizaţi detalii privitor la altă terapie de fond actuală.			Puteţi confirma că pacientul foloseşte continuu această doză de terapie de fond?´ DA - bifaţi

V. EVALUAREA TRATAMENTULUI

a. Evidența efectului

Criteriul CSD	Evaluare									
	Inițială		**La 6 luni**		**La 12 luni**		**La 18 luni**		**La 24 luni**	
	Scor	**%***	**Scor**	**%***	**Scor**	**%***	**Scor**	**%***	**Scor**	**%***
Nr. de articulații cu mobilitate redusă şi durere şi/sau sensibilitate la palpare										
Aprecierea globală a medicului										
Aprecierea globală a pacientului**										
CHAQ										
VSH(mm/1h)										
CRP (cantitativ, se va preciza metoda):										

* Procentul ameliorării (-) sau agravării (+) față de scorul evaluării inițiale.

****Cât de mare este durerea articulară pe care o simțiți?** Vă rugăm să marcați cu o bară verticală pe linia de mai jos:

FOR OFFICE USE ONI

0 10

|----------|

Nu am durere Extrem de mare

Semnătura pacientului / părintelui sau aparținătorului: Data:

Scor: ☐☐ mm

b. Reacții adverse înregistrate

.....

.....

.....

c. Complianța la tratament:

Bună ☐ Necorespunzătoare ☐

VI. DECIZIA CONTINUĂRII SAU ÎNTRERUPERII TRATAMENTULUI

a. Criteriul eficacității:

Decizia	**Evaluare**				
	La 6 luni	**La 12 luni**	**La 18 luni**	**La 24 luni**	**La 30 luni**
Bolnavul continuă tratamentul					
Data (ZZ/LL/AAA)					

b. Criteriile toleranței şi complianței:
Tratamentul a fost întrerupt pentru (motivul intreruperii):
……
……
……
……

c. Criteriul terminării curei:
Tratamentul a fost încheiat, conform protocolului convenit cu CNAS, la data de (ZZ/LL/AAAA)
.....…

Concluzii, observații, recomandări:

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

TRATAMENTUL PROPUS:

ETANERCEPTUM: 1 flacon (25 mg) x 2/saptamana (0,4 mg/kg corp)

☐ **E1 – 25 mg x 2/saptamana**

Semnătura şi parafa medicului curant .....