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.

POLIARTRITA REUMATOIDĂ (PR) - G 31b

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. CO-MORBIDITĂȚI ŞI ALTELE:

A prezentat pacientul următoarele boli

(bifați varianta corespunzătoare la fiecare rubrică iar dacă răspunsul este **DA**, furnizați detalii):

	Da/Nu	**Dată diagnostic (lună / an)**	**Tratament actual**
Infecții acute - descrieți			
Infecții recidivante/persistente - descrieți			
TBC - dacă nu face tratament actual, data ultimului tratament și a ultimei evaluări fiziologice			
HTA			
Boală ischemică coronariană/I.M.			
I.C.C.			
Tromboflebită profundă			
AVC			
Epilepsie			
Boli demielinizante			
Astm bronşic			
BPOC			
Ulcer gastroduodenal			
Boli hepatice - descrieți			
Boli renale - descrieți			
Diabet zaharat - tratament cu: dietă ☐ ADO ☐ insulină ☐			
Ulcere trofice			
Afecțiuni sanguine - descrieți			
Reacții (boli) alergice - descrieți: - locale - generale			
Reacții postperfuzionale - descrieți			
Afecțiuni cutanate - descrieți			
Neoplasme - descrieți localizarea			
Spitalizări			
Intervenții chirurgicale			
Alte boli semnificative			

II. DIAGNOSTICUL ŞI ISTORICUL PR

Diagnostic cert de PR: anul …… luna ……

Data debutului PR: anul …… luna ……

Bifați tot ce este aplicabil:

1. redoare matinală > 1 h ☐

2. artrită/deformare la > 3 articulații ☐

3. artrită/deformare la articulațiile mâinilor ☐

4. artrită/deformare simetrică ☐

5. noduli reumatoizi ☐

6. FR prezent (cantitativ, precizați metoda) ☐

.....

7. eroziuni la mâini/antepicioare ☐

- precizați data .....

III. TRATAMENTE DE FOND URMATE ANTERIOR

(în cazul modificării dozelor se trec 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, etc.)**

Termenul de *reacții adverse* se referă la reacții adverse majore, de principiu manifestările digestive de tip dispeptic nu se încadrează în această categorie şi nu se justifică întreruperea/modificarea terapiei.

IV. TRATAMENT DE FOND ACTUAL AL PR:

	Doza actuală	**Din data de (ZZ / LL / AAAA)**	
1. Methotrexatum (MTX)			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de MTX? ☐ DA - bifați
2. În caz de intoleranță MAJORĂ/CONFIRMATĂ (anexați documente medicale) la MTX, furnizați detalii privitoare la altă terapie de fond actuală			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de terapie de fond? ☐ DA - bifați

V. ALTE TRATAMENTE ACTUALE ALE PR (AINS/CS)

Medicament	**Doza**	**Data începerii (ZZ / LL / AAAA)**	**Data întreruperii (ZZ / LL / AAAA)**	**Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc.)**

VI. EVALUARE CLINICĂ

Data (ZZ/LL/AAAA): .....

A. Redoare matinală (min) ..... (calculată ca diferență între răspunsul la întrebările b) şi a)

a) la ce oră te-ai trezit astăzi .....;
b) la ce oră se produce ameliorarea maximă a redorii ..... .

B. Scara analogă vizuală (completată de **PACIENT**, direct pe acest formular):

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 ONL

|----------|
Nu am durere Extrem de mare

Semnătura pacientului: Data:

Scor: ☐☐☐ mm

C. Numărul de articulații (se completează fiecare rubrică 0 sau 1, conform legendei)

0 - lipsă durere/tumefacție; 1 - prezență durere/tumefacție

Numele persoanei care efectuează numărătoarea articulară .....

	DREAPTA		**STÂNGA**	
	Durere	**Tumefacție**	**Durere**	**Tumefacție**
Acromioclaviculare				
Cot				
RCC				
MCF-1				
MCF-2				
MCF-3				
MCF-4				
MCF-5				
IF deget 1				
IFP-2				
IFP-3				
IFP-4				
IFP-5				
Genunchi				
TOTAL GENERAL (STG + DR)	**Articulații dureroase:**		**Articulații tumefiate:**	

Indice compozit $DAS28_{4v}$	**La inițierea terapiei biologice**		**Predecent**		**Actual**	
	Data	**Valoarea**	**Data**	**Valoarea**	**Data**	**Valoarea**

Afectare sistemică	**DA**	**NU**	**Alte date semnificative de examen clinic**
Sindrom sicca			
Serozită (pleurezie, pericardită)			
Vasculită			
Afecțiune oftalmică			
Fibroză pulmonară			

Greutate (kg) ..... **Talie (cm) .....**

VII. EVALUARE PARACLINICĂ

Analiza	Data (ZZ/LL/AAAA)	Rezultat	Valori normale
VSH (la o oră)			
CRP (cantitativ, se va preciza metoda):			
Hb			
Număr leucocite			
Formula leucocitară			
Trombocite			
Creatinină serică			
TGO			
TGP			
Examen sumar de urină			
IDR la PPD (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)*			
Radiografie pulmonară (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)			
Alte date de laborator semnificative			

***În cazul unui IDR la PPD > 5 mm, se va ataşa azivul medicului specialist pneumolog şi se va preciza:**

- tratamentul profilactic (medicament, doza):.....
- data începerii: .....

Se va ataşa biletul de ieşire din spital dintr-un centru universitar (<u>numai la inițiere</u>).

Numele medicului specialist reumatolog din centrul universitar care a confirmat respectarea criteriilor de inițiere:.....

VIII. TRATAMENTUL BIOLOGIC:

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) ..... Doza (număr flacoane) .....

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) ..... Doza (număr flacoane) .....

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) ..... Doza (număr flacoane) .....

Precizați în cazul administrării subcutanate:
.....
.....
.....

Reacții adverse (RA) legate de terapia PR (descrieți toate RA apărute de la completarea ultimei fișe de evaluare; prin reacție adversă se înțelege orice eveniment medical semnificativ, indiferent de relația de cauzalitate față de boală sau tratamentul administrat, vor fi precizate cel puțin: diagnostic, descrierea pe scurt a RA, data apariției/rezolvării, tratamentul aplicat):
.....
.....
.....
.....
.....

În cazul în care se solicită schimbarea terapiei biologice vă rugăm să precizați motivul (ineficacitate, reacții adverse):
.....
.....
.....
.....
.....

TRATAMENTUL PROPUS:

(Bifati un singur tratament!)

1. ETANERCEPTUM : ☐ **E1 – 25 mg x 2/saptamana** ☐ **E2 – 50 mg x 1/saptamana**

2. ADALIMUMABUM : ☐ **A1 – 40 mg/2 saptamani**

3. INFLIXIMABUM :

☐ **I7 – 1 flacon la 8 saptamani**	☐ **I13 – 1 flacon la 6 saptamani**	☐
☐ **I2 – 2 flacoane la 0, 2, 6 saptamani**	☐ **I8 – 2 flacoane la 8 saptamani**	☐ **I14 – 2 flacoane la 6 saptamani**
☐ **I3 – 3 flacoane la 0, 2, 6 saptamani**	☐ **I9 – 3 flacoane la 8 saptamani**	☐ **I15 – 3 flacoane la 6 saptamani**
☐ **I4 – 4 flacoane la 0, 2, 6 saptamani**	☐ **I10 – 4 flacoane la 8 saptamani**	☐ **I16 – 4 flacoane la 6 saptamani**
☐ **I5 – 5 flacoane la 0, 2, 6 saptamani**	☐ **I11 – 5 flacoane la 8 saptamani**	☐ **I17 – 5 flacoane la 6 saptamani**
☐ **I6 – 6 flacoane la 0, 2, 6 saptamani**	☐ **I12 – 6 flacoane la 8 saptamani**	☐ **I18 – 6 flacoane la 6 saptamani**

4. RITUXIMAB:

☐ **R1 – 2 flacoane (500 mg x2) la 0, 2 saptamani**

Semnătura şi parafa medicului curant .....