**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**: **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* ***L01BB06***

1. **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 inițial 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: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. medular

**c.**ex imunofenotipic (la diagnostic sau actual)

**d.** probe hepatice (transaminaze, bilirubina)

**e.** probe renale

4.Declarație de consimţământ pentru tratament semnată de pacient sau aparținător DA NU

1. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
2. Insuficienţa renală severă
3. Insuficienţă hepatică severă
4. Alăptare
5. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)**
6. Ameliorare clinică /hematologică după 2 cicluri DA NU
7. Metoda de evaluare: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** probe hepatice (transaminaze, bilirubina)

**c.**probe renale

**d.** ex. clinic (funcția respiratorie; TA; balanța hidrica; greutate)

1. Evoluția sub tratament DA NU

- favorabilă

- staționară

- progresie

1. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
2. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic

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. Toxicitate inacceptabilă sau toxicitatea persistentă după doua scăderi succesive de doza
2. Alăptare
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