

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 și artrita juvenilă.

ARTROPATIA PSORIAZICĂ (AP) - G 31c

FO nr.

aflat în evidență din

Numărul dosarului

Data dosarului

PACIENT

Nume

Prenume

Data nașterii: CNP: Adresa
.....
.....

Telefon

Casa de Asigurări de Sănătate

MEDIC CURANT

Nume

Prenume

Parafa

CNP:

Specialitatea

Unitatea sanitară

I. CO-MORBIDITĂȚI ȘI ALTELE:

A prezentat pacientul următoarele boli

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

	Da/Nu	Data dg. (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 bronșic			
BPOC			
Ulcer gastroduodenal			
Boli hepatice - descrieți			
Boli renale - descrieți			
Diabet zaharat - tratament cu: dietă <input type="checkbox"/> ADO <input type="checkbox"/> insulină <input type="checkbox"/>			
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 ȘI ISTORICUL AP

Diagnostic cert de AP: anul luna

Data debutului AP: anul luna

Chirurgie articulară – descrieți:.....
.....**III. TRATAMENTE DE FOND URMATE ANTERIOR**

(în cazul modificării dozelor se trec data începerii și data întreruperii pentru fiecare doză)

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

IV. TRATAMENT DE FOND ACTUAL AL AP:

	Doza actuală	Din data de (ZZ / LL / AAAA)	
1. Methotrexatum (MTX)			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de MTX? <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> DA - bifați

V. ALTE TRATAMENTE ACTUALE ALE AP (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) și 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:

|-----|

Nu am durere Extrem de mare

Semnătura pacientului:

Data:

Scor: mm**C. Scara analogă vizuală** (completată de **MEDIC**, direct pe acest formular)**În general, cât de activă apreciați că este boala pacientului dumneavoastră?** Vă rugăm să marcați cu o bară verticală pe linia de mai jos:

|-----|

Deloc activă Foarte activă

Scor: mm**D. Numărul de articulații dureroase și tumefiate** (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		
	Neevaluabilă	Durere	Tumefacție	Neevaluabilă	Durere	Tumefacție
Temporomandibulară						
Acromioclaviculară						
Sternoclaviculară						
Cot						
RCC						
MCP 1						
MCP 2						
MCP 3						

MCP 4						
MCP 5						
IF deget 1						
IFP 2						
IFP 3						
IFP 4						
IFP 5						
IFD 2						
IFD 3						
IFD 4						
IFD 5						
Șold						
Genunchi						
TT						
Tars						
MTP 1						
MTP 2						
MTP 3						
MTP 4						
MTP 5						
IF PIP 1						
IF PIP/DIP 2						
IF PIP/DIP 3						
IF PIP/DIP 4						
IF PIP/DIP 5						

Articulații dureroase **Articulații tumefiate**

La dosarul de inițiere se va atașa și numărătoarea articulațiilor dureroase și tumefiate efectuată în urmă cu 4 săptămâni.

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 atașa azivul medicului specialist pneumolog și se va preciza:**

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

Se va atașa biletul de ieșire din spital dintr-un centru universitar (numai la inițiere).

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 PROPUȘ:

(Bifați un singur tratament!)

- 1. ETANERCEPTUM :**
- E1 – 25 mg x 2/saptamana E2 – 50 mg x 1/saptamana
- E3 – (25 mg x 2) x 2/saptamana E4 – (50 mg x 2) x 2/saptamana
- 2. ADALIMUMABUM :** A1 – 40 mg/2 saptamani
- 3. INFLIXIMABUM :**
- I1 – 1 flacon la 0, 2, 6 saptamani I11 – 1 flacon la 8 saptamani I21 – 1 flacon la 6 saptamani
- I2 – 2 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I12 – 2 flacoane la 8 saptamani I22 – 2 flacoane la 6 saptamani
- I3 – 3 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I13 – 3 flacoane la 8 saptamani I23 – 3 flacoane la 6 saptamani
- I4 – 4 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I14 – 4 flacoane la 8 saptamani I24 – 4 flacoane la 6 saptamani
- I5 – 5 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I15 – 5 flacoane la 8 saptamani I25 – 5 flacoane la 6 saptamani
- I6 – 6 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I16 – 6 flacoane la 8 saptamani I26 – 6 flacoane la 6 saptamani
- I7 – 7 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I17 – 7 flacoane la 8 saptamani I27 – 7 flacoane la 6 saptamani
- I8 – 8 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I18 – 8 flacoane la 8 saptamani I28 – 8 flacoane la 6 saptamani
- I9 – 9 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I19 – 9 flacoane la 8 saptamani I29 – 9 flacoane la 6 saptamani
- I10 – 10 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I20 – 10 flacoane la 8 saptamani I30 – 10 flacoane la 6 saptamani

Semnătura și parafa medicului curant