

Cod formular specific: L040M

Anexa 2

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU
ARTROPATIE PSORIAZICĂ – AGENȚI BIOLOGICI SI REMISIVE SINTETICE TINTITE**

SECTIUNEA I - DATE GENERALE

1. Unitatea medicală:

2. CAS / nr. contract: /

3.Cod parafă medic:

4. Nume și prenume pacient:

CNP / CID:

6.S-a completat "Secțiunea II- date medicale" din Formularul specific cu codul:

7.Tip evaluare: inițiere continuare întrerupere

8. Încadrare medicament recomandat în Listă:

boala cronică (sublista C secțiunea C1), cod G:

--	--	--

PNS (sublista C secțiunea C2), nr. PNS: , cod de diagnostic¹ (*varianta 999 coduri de boală*) după caz:

ICD10 (sublista A, B,C secțiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (*varianta 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,

11. Data întreruperii tratamentului:

12. Pacientul a semnat declaratia pe propria raspundere conform modelului prevazut in Ordin:

DA NU

*Nu se completează dacă la "tip evaluare" este bifat "întrerupere"!

SECTIUNEA II - DATE MEDICALE¹*Cod formular specific L040M***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

1. Declarație de consumămant pentru tratament semnată de bolnav
2. Diagnostic cert de AP (criterii CASPAR)
3. AP (artropatie psoriazică) severă DAPSA > 28
4. > 5 articulații dureroase/tumefiate
5. PCR > 3x valoarea normală (cantitativ)
6. Lipsă de răspuns la 2 csDMARD ca doze și durată, conform precizărilor din protocol
7. Lipsă de răspuns la 1 csDMARD ca doze și durată, conform precizărilor din protocol (AP factor de prognostic nefavorabil)
8. (BASDAI > 6) nonresponsivi după utilizarea a cel puțin 2 AINS administrate în doză maximă pe o perioadă de 6 săptămâni fiecare (AP axială)
9. Răspuns ineficient la cel puțin o administrare de 2 AINS, administrate în doză maximă pe o perioadă de 6 săptămâni fiecare și/sau la administrarea de glucocorticoid injectabil local (AP cu entezită și/sau dactilită)
10. 2VAS (globală și durere), screeninguri și analize de laborator conform Fișei de Inițiere obligatorii din RRBR (element de audit/control date în format electronic)
11. Absența contraindicațiilor recunoscute la terapia biologică
12. Fișă pacient introdusă obligatoriu în RRBR (Registrul Român de Boli Reumatice).

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului terapeutic.

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

1. Răspuns terapeutic DAPSA conform protocolului (se continuă terapia)
2. Răspuns pațial/Lipsă de răspuns terapeutic DAPSA conform protocolului (se face *switch*)
3. Reacție adversă raportată în Fișa de Reacție Adversă din RRBR și ANMDM (se face *switch*)
4. VAS și analize de laborator conform Fișei de Monitorizare obligatorii din RRBR (element de audit/control date în format electronic)
5. Fișă pacient introdusă obligatoriu în RRBR.

Notă:

- ***Screeningul pentru tuberculoză și hepatite virale este necesar înainte de orice inițiere a terapiei biologice sau ts-DMARDs.***
- ***Datele medicale ale pacientului vor fi introduse într-o aplicație informatică numită Registrul Român de boli Reumatice (RRBR).***

¹ Se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Reacție adversă severă
2. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului.

Subsemnatul, dr....., răspund de realitatea și exactitatea completării prezentului formular.

Data:

Semnătura și parafa medicului curant

Originalul dosarului pacientului, împreună cu toate documentele anexate (evaluări clinice și buletine de laborator sau imagistice, consumămantul 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 completeate în formular.