

**FIȘĂ DE SOLICITARE A TERAPIEI BIOLOGICE PENTRU PACIENȚII CU BOLI INFLAMATORII  
INTESTINALE NESPECIFICE (BOALA CROHN, RECTOCOLITA ULCERO-HEMORAGICĂ,  
COLITA NEDETERMINATĂ)**

**PACIENT:**

**Nume:** ..... **Prenume:** .....

CNP:

**ASIGURAT LA CAS.**.....

**Pacientul este internat in sectia de gastroenterologie** ..... **cu FO nr**.....

**DIAGNOSTIC**.....

SEVERITATE.(scor CDAI sau UCDAI).....

EXTENSIE/LOCALIZARE/scor endoscopic(CU).....

FORMA CLINICO-EVOLUTIVĂ.....

COMPLICAȚII.....

**SOLICITARE IN REGIM\***             **DE URGENTĂ**             **NORMAL**

**TRATAMENT SOLICITAT**

- INFLIXIMAB
  - INDUCȚIE.....mg la S0,S2,S6
  - MENȚINERE.....mg la .....săpt interval
- ADALIMUMAB
  - INDUCȚIE.....mg la s0 și s4
  - MENȚINERE.....mg la.....săpt interval

**Greutatea pacientului:** ..... kg

**Tratamente imunosupresoare anterioare efectuate (se vor preciza medicamentele, dozele si intervalul de tratament):**

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

**Data primei administrări:** .....

**Anexăm următoarele buletine de analiză (se va bifa căsuța corespunzătoare):**

- hemograma     VSH     PCR     AgHBs     Ac anti-VHC     HIV     Endoscopie digestivă     examen histopatologic     ex. videocapsulă     enteroCT/RMN     Ecografie endorectală     examen Pansdorf     examen chirurgical     aviz pneumolog     buletin IDR/QUANTIFERON TB GOLD test     buletin radiografie pulmonară     Referat medic curant     Consimțământul scris

## BILANT BIOLOGIC

	INDUCȚIE		MENȚINERE			
	Săpt. 0	Săpt. 14	6 luni	12 luni	18 luni	24 luni
Hemoglobina (hematocrit)						
Leucocite						
Trombocite						
VSH						
PCR						
Ag HBs						
Ac VHC						
HIV						
Reacții adverse						

- Se vor anexa în copie toate buletinele de analiză (conforme cu cele originale)
- Pentru pacienții cu afecțiuni asociate bolilor inflamatorii intestinale nespecifice se vor anexa avizele medicului specialist (pentru afecțiunea respectivă), în vederea inițierii sau continuării terapiei
- Referatul medicului prescriptor și Consimțământul scris al pacientului sunt obligatorii
  - Vor fi menționate și raportate toate reacțiile adverse apărute în intervalul precedent

**Se solicită întreruperea tratamentului din următoarele motive:**

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

**Subsemnatul Dr....., în calitate de medic prescriptor, îmi asum răspunderea pentru tratamentul solicitat, pentru veridicitatea informațiilor despre pacientul meu și declar că acesta îndeplinește *Criteriile de recomandare a terapiei biologice în bolile inflamatorii intestinale* din protocolul elaborat de CNAS și nu prezintă contraindicații pentru terapia cu agenți biologici. Anexez Consimțământul informat al pacientului și Referatul medical.**

**Data .....      Semnătura și parafa medicului prescriptor**

**Sef sectie/clinica de gastroenterologie\***

**Data.....      Avizul medicului coordonator**