

COMISIA CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU APROBAREA TRATAMENTULUI ÎN TUMORILE HIPOFIZARE CU EXPANSIUNE SUPRASELARĂ

FISA PACIENTULUI

cu acromegalie supus tratamentului cu acetat de lanreotida (Somatuline PR)

1. Date de identificare

a. Numele si prenumele pacientului _____

Data nasterii (zi, luna, an) _____ CNP _____

Domiciliul _____ tel _____

b. Diagnostic: Acromegalie forma _____

c. Părinte sau susținător legal (numele) _____

Calitatea _____ Domiciliul _____

d. Medic curant (numele si prenumele) _____

Specialitatea _____ institutia (denumirea, adresa, telefon/fax,e-mail)

e. Medic de familie (nume si prenume) _____

Unde poate fi contactat _____

2. *Consimțământul informat al pacientului*

Subsemnatul _____

declar ca am fost informat asupra procedurilor, manevrelor si a efectelelor terapeutice si adverse ale tratamentului si sunt de acord cu tratamentul propus.

Semnatura _____

3. Criteriile de includere in tratament

A. Parametrii de evaluare minimă și obligatorie pentru inițierea tratamentului cu lanreotida (evaluări nu mai vechi de 6 luni):

A. Caracteristici clinice de acromegalie activă, certificate obligatoriu de:

a. Supresia GH in hiperglicemia provocata (se adm. p.o. 75 g glucoza)

	0 min	30 min	60 min	90 min	120 min
Glicemie					
GH					

b. IGF1.

c. Curba de GH seric în 24 ore

d. Confirmarea masei tumorale hipofizare: diagnostic CT sau MRI, pentru localizare: intraselară/cu expansiune extraselară, dimensiuni: diametre maxime- cranial, transversal.

B. Sinteza istoricului bolii cu precizarea complicațiilor (susținute prin documente anexate), a terapiei urmate și a contraindicațiilor terapeutice (susținute prin documente anexate).

C. Evaluări complementare (nu mai vechi de 6 luni) obligatoriu prezente in dosarul pacientului pentru inițierea tratamentului cu lanreotida:

Glicemie

hemoglobină glicozilată (la pacienții diabetici)

profil lipidic

transaminaze

uree

creatinina

Dozări hormonale:

Prolactina

cortizol plasmatic bazal

fT4

TSH

gonadotropi + Estradiol (la femei de vârstă fertilă) sau gonadotropi + Testosteron 8-9 a.m. (la bărbați).

Ex oftalmologic:

ex. FO

câmp vizual

Ecografie colecist

4. CRITERII DE PRIORITIZARE PENTRU PROGRAMUL CNAS A TRATAMENTULUI CU LANREOTIDA

- VARSTA

- Complicații pacient

- Biochimie Generală – *Criterii pentru complicații metabolice*
Glicemie.....

hemoglobină glicozilată.....

profil lipidic.....

fosfatemie.....

Transaminaze.....

- Consult cardiologic clinic, echocardiografie și EKG- *criterii pentru complicațiile cardiovasculare*

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

- Analize hormonale pentru insuficiența adenohipofizară și a glandelor endocrine hipofizo-dependente-
criterii de complicații endocrine LH seric.....

FSH seric.....

Cortizol.....

TSH

T₄ liber.....

testosteron / estradiol.....

- Examen oftalmologic- *criterii pentru complicațiile neurooftalmice*

câmp vizual

acuitate vizuală

- Polisomnografie cu și fără respirație sub presiune (CPAP) – *criterii pentru depistarea și tratarea apneei de somn*

- Colonoscopie *criteriu pentru depistarea și tratarea polipilor colonici cu potențial malign*

.....
.....

5.Schema terapeutică a pacientului cu tumoră hipofizară cu expansiune supraselară

Notă : monitorizarea tratamentului va fi făcută în conformitate cu protocolul terapeutic elaborate de MSP (ordin comun MSP/CNAS nr. 1301/500/2008)

6. CRITERII DE MONITORIZARE A EFICACITĂȚII TRATAMENTULUI

I. Perioadele de timp la care se face evaluarea (monitorizarea sub tratament) :

- **În primul an de tratament la 3, 6 și 12 luni**

simptomatologie controlată.....

.....

.....
.....
GH în OGTT sau media GH pe profil.....
.....

IGF1.....

Ecografie de colecist.....

Pentru pacienții diabetici :

Glicemie a jeun.....

Hemoglobină glicozilată.....

Semnătură și parafă medic curant

Data _____ Semnătura și parafa _____