

SUBCOMISIA CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU APROBAREA TRATAMENTULUI ÎN TUMORILE NEUROENDOCRINE

FISA PACIENTULUI

cu tumoră neuroendocrină 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: _____

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. Diagnostic anatomo patologic de tumoră neuroendocrină

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

B. Preoperator pentru pacienții cu diagnosticul de tumoră neuroendocrină

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

C. Perioperator pentru pacienții cu diagnosticul de tumoră neuroendocrină

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

D. Postoperator pentru pacienții cu diagnosticul de tumoră neuroendocrină

Cromogranina A(valori sanguine).....

Histamina.....

Serotonină.....

Simptomatologie care indică reapariția sindromului carcinoid.....

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

Parametri de evaluare minimă și obligatorie pentru inițierea tratamentului cu Lanreotidum (evaluări nu mai vechi de 6 luni) :

A. Caracteristici clinice de sindrom carcinoid , certificate de :

- Cromogranina A.....
- 5.- HIAA urinar.....

- Metanefrina.....
- Catecolamine.....
- Creatinină.....
- Gastrină.....
- Somatulină.....
- Insulină.....
- ACTH.....
- Prolactină.....
- Calcitonină.....
- TSH.....
- PTH.....
- LH/FSH.....
- Enolază neuronală specifică.....

(Se vor completa în conformitate cu protocolul terapeutic)

- Confirmarea masei tumorale (CT sau MRI).....

.....

.....

.....

- Diagnosticul anatomopatologic de tumoră neuroendocrină

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
. 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).

Ecografie colecist

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

. 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 evaluarea tipului hormonal- *criterii de complicații endocrine*

5 Schema terapeutică a pacientului cu tumoră neuroendocrină

6. CRITERII DE EVALUARE A EFICACITĂȚII TERAPEUTICE

Perioadele de timp la care se face evaluarea: 3, 6 și 12 luni

. simptomatologie controlată

.....

