

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.

ARTRITĂ IDIOPATICĂ JUVENILĂ (AIJ) - G 31e

Diagnostic cert de AIJ: anul luna

Data debutului AIJ: anul luna

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. CRITERIILE DE INCLUDERE**a. EXAMENUL OBIECTIV ARTICULAR**

Articulația		DREAPTA		STÂNGA	
		Tumefiere	Mobilitate redusă și dure la mișcare și/sau sensibilitate la palpare	Tumefiere	Mobilitate redusă și durere la mișcare și/sau sensibilitate la palpare
Coloana vertebrală cervicală					
Temporomandibulară					
Sternoclaviculară					
Acromioclaviculară					
Cot					
Radiocarpiană					
Metacarpofalangiene	I				
	II				
	III				
	IV				
	V				
Proximale interfalangiene	I				
	II				
	III				
	IV				
	V				
Șold					
Genunchi					
Tibiotarsiană					
Metatarsofalangiene	I				
	II				
	III				

	IV				
	V				
	VI				
Total STG + DR		Articulații tumefiate		Articulațiilor cu mobilitate redusă și durere și/sau sensibilitate a presiune	

NB: Se va nota cu 0 absenta afectarii articulare; se va nota cu 1 prezenta fenomenelor articulare mentionate.

Greutatea corporala: Talia:

b. SINTEZA TERAPEUTICĂ

Tratamente urmate anterior cu referire specifica la Methotrexat si / sau Prednison.

(în cazul modificării dozelor se trece 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 sau a fost bine tolerat)

Criteria de eligibilitate pentru tratamentul cu ETANERCEPT:

1. Pacientul a urmat tratament continuu cu methotrexatum în ultimele luni cu doza demg/săptămână.
Tratamentul cu methotrexatum la doza mai sus menționată a determinat următoarele reacții adverse inacceptabile
după săptămâni de administrare sau a fost bine tolerată.
Notă: Simptomele "dispeptice" nu vor fi menționate ca reacții adverse inacceptabile decât dacă sunt severe și nu cedează la antiemetice.

sau

2. Pacientul a urmat tratament cu sulfasalazină în ultimele luni cu doza de 50mg/kg/zi (până la maximum 2g/zi).
Tratamentul cu sulfasalazină la doza mai sus menționată a determinat următoarele reacții adverse inacceptabile
după săptămâni de administrare sau a fost bine tolerată.
3. Pacientul a efectuat corticoterapie generală continuă în ultimele..... luni cu doza echivalentă de mg/Kg prednisonum sau corticoterapie intermitentă, după cum urmează
Corticoterapia efectuată ca mai sus a produs (sau nu) următoarele reacții adverse:

II. ARGUMENTE PENTRU INCLUDEREA IN TRATAMENTUL CU ETANERCEPT

Pentru initierea terapiei biologice se impune certificarea diagnosticului, gradului de activitate al bolii și a necesității instituirii tratamentului biologic de către un medic de specialitate pediatrie dintr-un centru universitar (București, Iași, Cluj, Targu Mures, Constanta, Craiova, Timisoara). In acest scop la dosarul de initiere al terapiei biologice se va anexa biletul de externare semnat și parafat de către medicul pediatru cu ocazia internării într-o clinică de pediatrie din centrele universitare menționate mai sus.

Propunerea de includere a acestui caz în programul terapeutic cu etanerceptum pe baza următoarelor argumente (**diagnosticul cert de AIJ și inițierea tratamentului biologic vor fi obligatoriu validate într-un centru universitar!**):

.....

III. CONDUITA TERAPEUTICĂ

Doza de etanerceptum pentru acest pacient este de mg, de administrat subcutanat de două ori pe săptămână. Din considerente de ordin etic etanerceptum-ul nu se administrează în AIJ în monoterapie, ca atare methotrexatum-ul nu trebuie întrerupt înainte de începerea tratamentului, decât după ce decizia de a introduce terapia biologică a fost luată pentru reacții adverse inacceptabile la methotrexatum. În mod excepțional, și numai în primele 3 luni, se acceptă continuarea (eventual introducerea) corticoterapiei antiinflamatoare în așteptarea instalării efectului tratamentului biologic, dar la doze care să nu depășească echivalentul la 0,2 mg/kg/24 h prednisonum.

Aceste date au fost comunicate medicului de familie prin scrisoarea medicală din data de (ZZ/LL/AAAA)..... (păstrați o copie a scrisorii).

IV. TRATAMENT DE FOND ACTUAL AL AIJ:

	Doza actuală	Din data de (ZZ/LL/AAAA)	
1. Methotrexatum (MTX)			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de MTX ? DA - bifați
2. În caz de intoleranță MAJORĂ / CONFIRMATĂ (anexați documente medicale) la MTX, furnizați detalii privitor la altă terapie de fond actuală.			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de terapie de fond? DA - bifați

V. EVALUAREA TRATAMENTULUI

a. Evidența efectului

Criteriul CSD	Evaluare									
	Inițială		La 6 luni		La 12 luni		La 18 luni		La 24 luni	
	Scor	%*	Scor	%*	Scor	%*	Scor	%*	Scor	%*
Nr. de articulații cu mobilitate redusă și durere și/sau sensibilitate la palpare										
Aprecierea globală a medicului										
Aprecierea globală a pacientului**										
CHAQ										
VSH(mm/1h)										
CRP (cantitativ, se va preciza metoda):										

* Procentul ameliorării (-) sau agravării (+) față de scorul evaluării inițiale.

****Cât de mare este durerea articulară pe care o simțiți?** Vă rugăm să marcați cu o bară verticală pe linia de mai jos:



Semnătura pacientului / părintelui sau aparținătorului:

Data:

Scor: mm

b. Reacții adverse înregistrate

.....

.....

.....

c. Complanța la tratament:

Bună

Necorespunzătoare

VI. DECIZIA CONTINUĂRII SAU ÎNTRERUPERII TRATAMENTULUI**a. Criteriul eficacității:**

Decizia	Evaluare				
	La 6 luni	La 12 luni	La 18 luni	La 24 luni	La 30 luni
Bolnavul continuă tratamentul					
Data (ZZ/LL/AAA)					

b. Criteriile toleranței și complianței:

Tratamentul a fost întrerupt pentru (motivul intreruperii):

.....

.....

.....

.....

c. Criteriul terminării curei:

Tratamentul a fost încheiat, conform protocolului convenit cu CNAS, la data de (ZZ/LL/AAAA)

.....

Concluzii, observații, recomandări:

.....

.....

.....

.....

TRATAMENTUL PROPUȘ:

ETANERCEPTUM: 1 flacon (25 mg) x 2/saptamana (0,4 mg/kg corp)

E1 – 25 mg x 2/saptamana

Semnătura și parafa medicului curant