

I. CO-MORBIDITĂȚI ȘI ALTELE:

A prezentat pacientul următoarele boli

(bifați varianta corespunzătoare la fiecare rubrică iar dacă răspunsul este **DA**, furnizați detalii):

	Da/Nu	Data dg. (lună / an)	Tratament actual
Infecții acute - descrieți			
Infecții recidivante/persistente - descrieți			
TBC - dacă nu face tratament actual, data ultimului tratament și a ultimei evaluări fiziologice			
HTA			
Boală ischemică coronariană/I.M.			
I.C.C.			
Tromboflebită profundă			
AVC			
Epilepsie			
Boli demielinizante			
Astm bronșic			
BPOC			
Ulcer gastroduodenal			
Boli hepatice - descrieți			
Boli renale - descrieți			
Diabet zaharat - tratament cu: dietă <input type="checkbox"/> ADO <input type="checkbox"/> insulină <input type="checkbox"/>			
Ulcere trofice			
Afecțiuni sanguine - descrieți			
Reacții (boli) alergice - descrieți: - locale - generale			
Reacții postperfuzionale - descrieți			
Afecțiuni cutanate - descrieți			
Neoplasme - descrieți localizarea			
Spitalizări			
Intervenții chirurgicale			
Alte boli semnificative			

II. DIAGNOSTICUL ȘI ISTORICUL AP

Diagnostic cert de AP: anul luna

Data debutului AP: anul luna

Chirurgie articulară – descrieți:.....
.....**III. TRATAMENTE DE FOND URMATE ANTERIOR**

(în cazul modificării dozelor se trec 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, etc.)

IV. TRATAMENT DE FOND ACTUAL AL AP:

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

V. ALTE TRATAMENTE ACTUALE ALE AP (AINS/CS)

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ / LL / AAAA)	Data întreruperii (ZZ / LL / AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc.)

VI. EVALUARE CLINICĂ

Data (ZZ/LL/AAAA):

A. Redoare matinală (min) (calculată ca diferență între răspunsul la întrebările b) și a)

- a) la ce oră te-ai trezit astăzi
- b) la ce oră se produce ameliorarea maximă a redorii

B. Scara analogă vizuală (completată de **PACIENT**, direct pe acest formular)**Cât de mare este durerea articulară pe care o simțiți?** Vă rugăm să marcați cu o bară verticală pe linia de mai jos:

|-----|

Nu am durere Extrem de mare

Semnătura pacientului:

Data:

Scor: mm**C. Scara analogă vizuală** (completată de **MEDIC**, direct pe acest formular)**În general, cât de activă apreciați că este boala pacientului dumneavoastră?** Vă rugăm să marcați cu o bară verticală pe linia de mai jos:

|-----|

Deloc activă Foarte activă

Scor: mm**D. Numărul de articulații dureroase și tumefiate** (se completează fiecare rubrică 0 sau 1, conform legendei).

0 - lipsă durere/tumefacție; 1 - prezență durere/tumefacție

Numele persoanei care efectuează numărătoarea articulară

	DREAPTA			STÂNGA		
	Neevaluabilă	Durere	Tumefacție	Neevaluabilă	Durere	Tumefacție
Temporomandibulară						
Acromioclaviculară						
Sternoclaviculară						
Cot						
RCC						
MCP 1						
MCP 2						
MCP 3						

MCP 4						
MCP 5						
IF deget 1						
IFP 2						
IFP 3						
IFP 4						
IFP 5						
IFD 2						
IFD 3						
IFD 4						
IFD 5						
Șold						
Genunchi						
TT						
Tars						
MTP 1						
MTP 2						
MTP 3						
MTP 4						
MTP 5						
IF PIP 1						
IF PIP/DIP 2						
IF PIP/DIP 3						
IF PIP/DIP 4						
IF PIP/DIP 5						

Articulații dureroase **Articulații tumefiate**

La dosarul de inițiere se va atașa și numărătoarea articulațiilor dureroase și tumefiate efectuată în urmă cu 4 săptămâni.

Greutate (kg) **Talie (cm)**

VII. EVALUARE PARACLINICĂ

Analiza	Data (ZZ/LL/AAAA)	Rezultat	Valori normale
VSH (la o oră)			
CRP (cantitativ, se va preciza metoda):			
Hb			
Număr leucocite			
Formula leucocitară			
Trombocite			
Creatinină serică			
TGO			
TGP			
Examen sumar de urină			
IDR la PPD (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)*			
Radiografie pulmonară (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)			
Alte date de laborator semnificative			

***În cazul unui IDR la PPD > 5 mm, se va atașa azivul medicului specialist pneumolog și se va preciza:**

- tratamentul profilactic (medicament, doza):.....
- data începerii:

Se va atașa biletul de ieșire din spital dintr-un centru universitar (numai la inițiere).

Numele medicului specialist reumatolog din centrul universitar care a confirmat respectarea criteriilor de inițiere:.....

VIII. TRATAMENTUL BIOLOGIC

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) Doza (număr flacoane)

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) Doza (număr flacoane)

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) Doza (număr flacoane)

Precizați în cazul administrării subcutanate:

.....

.....

Reacții adverse (RA) legate de terapia PR (descrieți toate RA apărute de la completarea ultimei fișe de evaluare; prin reacție adversă se înțelege orice eveniment medical semnificativ, indiferent de relația de cauzalitate față de boală sau tratamentul administrat, vor fi precizate cel puțin: diagnostic, descrierea pe scurt a RA, data apariției/rezolvării, tratamentul aplicat):

.....

.....

.....

În cazul în care se solicită schimbarea terapiei biologice vă rugăm să precizați motivul (ineficacitate, reacții adverse):

.....

.....

.....

TRATAMENTUL PROPUȘ:

(Bifați un singur tratament!)

- 1. ETANERCEPTUM :**
- E1 – 25 mg x 2/saptamana E2 – 50 mg x 1/saptamana
- E3 – (25 mg x 2) x 2/saptamana E4 – (50 mg x 2) x 2/saptamana
- 2. ADALIMUMABUM :** A1 – 40 mg/2 saptamani
- 3. INFLIXIMABUM :**
- I1 – 1 flacon la 0, 2, 6 saptamani I11 – 1 flacon la 8 saptamani I21 – 1 flacon la 6 saptamani
- I2 – 2 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I12 – 2 flacoane la 8 saptamani I22 – 2 flacoane la 6 saptamani
- I3 – 3 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I13 – 3 flacoane la 8 saptamani I23 – 3 flacoane la 6 saptamani
- I4 – 4 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I14 – 4 flacoane la 8 saptamani I24 – 4 flacoane la 6 saptamani
- I5 – 5 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I15 – 5 flacoane la 8 saptamani I25 – 5 flacoane la 6 saptamani
- I6 – 6 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I16 – 6 flacoane la 8 saptamani I26 – 6 flacoane la 6 saptamani
- I7 – 7 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I17 – 7 flacoane la 8 saptamani I27 – 7 flacoane la 6 saptamani
- I8 – 8 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I18 – 8 flacoane la 8 saptamani I28 – 8 flacoane la 6 saptamani
- I9 – 9 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I19 – 9 flacoane la 8 saptamani I29 – 9 flacoane la 6 saptamani
- I10 – 10 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I20 – 10 flacoane la 8 saptamani I30 – 10 flacoane la 6 saptamani

Semnătura și parafa medicului curant