**Cod formular specific: L01XE14**

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI BOSUTINIBUM**

**SECŢIUNEA I - DATE GENERALE**

**1.Unitatea medicală**: ……………………………………………………………………………...…….

**2. CAS / nr. contract:** ……………./…………………

**3.Cod parafă medic**:

**4.Nume şi prenume pacient**: …………………………………….………………………………..……

**CNP / CID**:

**5.FO / RC**: **d în data**:

**6.S-a completat** “**Secţiunea II- date medicale**“ **din Formularul specific cu codul**: ..…….....………

**7.Tip evaluare**: iniţiere continuare întrerupere

**8.Încadrare medicament recomandat în Listă**:

boala cronică (sublista C secţiunea C1), cod G:

PNS (sublista C secţiunea C2), nr. PNS: , cod de diagnostic (v*arianta 999 coduri de boală)*, după caz:

ICD10 (sublista A, B,C secţiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (v*arianta 999 coduri de boală)*:

**9. DCI recomandat**: 1)…………………………………. **DC** (după caz) ……………………………...

 2)…………………………………. **DC** (după caz) ……………………………...

**10.\*Perioada de administrare a tratamentului**: 3 luni 6 luni 12 luni,

**de la**: **până la**:

**11. Data întreruperii tratamentului**:

**12. Pacientul a semnat declarația pe propria răspundere conform modelului prevăzut în Ordin**:

DA NU

\*Nu se completează dacă la “**tip evaluare**“ este bifat “**întrerupere**”!

**SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE** *Cod formular specific* ***L01XE14***

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)**

**Linia a 2-a şi ≥ 2** DA NU

1.**Diagnostic:** Leucemie mieloidă cronică (LMC) cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) şi/sau BCR-ABL pozitiv DA NU

2.Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) şi/sau BCR-ABL pozitiv **tratată anterior cu unul sau mai mulţi** inhibitori de tirozinkinază şi la care **administrarea de imatinib, nilotinib şi dasatinib nu este considerată o opţiune** terapeutică adecvată 🡪adulţi DA NU

3.Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază accelerată** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) şi/sau BCR-ABL pozitiv **tratata anterior cu unul sau mai mulţi** inhibitori de tirozinkinază şi la care **administrarea de imatinib, nilotinib şi dasatinib nu este considerată o opţiune** terapeutică adecvată 🡪adulţi DA NU

4.Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază blastica** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) şi/sau BCR-ABL pozitiv **tratată anterior cu unul sau mai mulţi** inhibitori de tirozinkinază şi la care **administrarea de imatinib, nilotinib şi dasatinib nu este considerată o opţiune** terapeutică adecvată 🡪adulţi DA NU

5. Tratament anterior: DA NU

a) imatinib

b)dasatinib

c) nilotinib

6.Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. medular

**c.** ex citogenetic (Ph1+)

**d.** ex molecular (bcr-abl)

**e.** ex imunofenotipic

**f.** probe hepatice

**g.** probe renale

**h.**evaluare cardiologica

4.Declaraţie de consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

1. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
2. Insuficienţă hepatica
3. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)**
4. Metoda de evaluare: DA NU

Originalul dosarului pacientului, împreună cu toate documentele anexate (evaluări clinice și buletine de laborator sau imagistice, consimțământul informat, declarația pe propria răspundere a pacientului, formularul specific, confirmarea înregistrării formularului etc.), constituie documentul-sursă față de care, se poate face auditarea/controlul datelor completate în formular.

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** probe hepatice (transaminaze, bilirubina)

**c.**probe renale

**d.**evaluare cardiologică

1. Evoluția sub tratament DA NU

- favorabilă

- staționară

- progresie

1. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
2. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
3. Toxicitate inacceptabilă
4. Deces
5. Alte cauze

Subsemnatul, dr.…………………....................................................…,răspund de realitatea şi exactitatea completării prezentului formular.

Data: Semnătura şi parafa medicului curant