**Cod formular specific: L047C.2**

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

**- indicaţia carcinoma pulmonar-**

**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* ***L047C.2***

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

**(\*toate aceste criterii trebuie sa fie îndeplinite)**

1. Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient: DA NU
2. Diagnostic de carcinom pulmonar non-scuamos confirmat histopatologic / citologic:

 DA NU

1. Boala metastazată, local avansată sau recidivată (chirurgical nerezecabilă): DA NU
2. Sunt eligibile pentru tratament următoarele categorii de pacienți: DA NU
	1. Fără tratament chimioterapic anterior,
	2. Ca tratament de întreținere la pacienți cu răspuns terapeutic favorabil la chimioterapia de inducție
3. Vârsta > 18 ani: DA NU
4. Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiții de siguranță:

 DA NU

- neutrofile> 1.500/mm3, trombocite > 100.000/mm3

- bilirubina totală < 1,5 x limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST, ALT) < 3 x LSN (pacienți fără metastaze hepatice) si < 5 x LSN (încazulprezențeimetastazelor hepatice)

- clearance al creatininei > 60 ml/min

1. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**(\*criterii cumulative cu bifa nu)**

1. Vaccinare recentă cu vaccin împotriva febrei galbene: DA NU
2. Sarcină / alăptare): DA NU
3. Neurotoxicitate grad 3 sau 4: DA NU
4. Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dinexcipienți: DA NU

1. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

**(\***toate aceste criterii trebuie sa fie îndeplinite**)**

1. Statusul bolii la data evaluării – demonstrează beneficiu terapeutic:
2. Remisiune completă
3. Remisiune parțială
4. Boală stabilă
5. Beneficiu clinic
6. Starea clinică a pacientului permite continuarea tratamentului: DA NU
7. Probele biologice permit continuarea tratamentului în condiții de siguranță: DA NU

**Criterii de întrerupere temporară a tratamentului (\***în eventualitatea în care apar, tratamentul cu **PEMETREXEDUM** se întrerupe *până la recuperarea / rezolvarea evenimentului respectiv***,** după care tratamentul se poate relua, în funcție de decizia medicului curant)

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.

1.Toxicitate hematologică / non-hematologică de grad 3 sau 4, după 2 scăderi succesive ale dozelor

**D.CRITERII DE ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂA TRATAMENTULUI**

**(\***oricare din aceste criterii- minim unul, trebuie sa fie îndeplinit**)**

1. ***Statusul bolii*** la data evaluării – este demonstrată lipsa beneficiului terapeutic a.Boala progresivă documentată obiectiv (imagistic)

b.Lipsa beneficiului clinic (deteriorare simptomatică)

1. ***Deces***
2. ***Efecte secundare inacceptabile*** pentru continuarea tratamentului
3. ***Decizia medicului***, cauza fiind: …………………………….……...
4. ***Decizia pacientului***, cauza fiind: …………………………………..
5. ***Alt motiv***, specificat: ……………………………………………….

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

Data: Semnătura şi parafa medicului curant