

Cod formular specific: L01BB07

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

**SECȚIUNEA I - DATE GENERALE**

1. Unitatea medicală: .....

2. CAS / nr. contract: ...../.....

3. Cod parafă medic:

4. Nume și prenume pacient: .....

CNP / CID:

5. FO / RC:  în data:

6. S-a completat "Secțiunea II- date medicale" din Formularul specific cu codul: .....

7. Tip evaluare:  inițiere  continuare  întrerupere

8. Încadrare medicament recomandat în Listă:

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

PNS (sublista C secțiunea C2), nr. PNS: , cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală*), după caz:

ICD10 (sublista A, B, C secțiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (*varianta 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:

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"!

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

1. **Diagnostic:** a) Leucemia limfoblastică acută cu celule T (LLA-T)  DA  NU  
 b) Limfom limfoblastic cu celule T (LL-T)  DA  NU
2. **Leucemia limfoblastică acută cu celule T (LLA-T) care nu a răspuns** în urma tratamentului cu **cel puțin două linii** de chimioterapie  DA  NU
3. **Leucemie limfoblastică acută cu celule T (LLA-T) care a suferit o recădere** în urma tratamentului cu **cel puțin două linii** de chimioterapie  DA  NU
4. **Limfom limfoblastic cu celule T (LL-T), care nu a răspuns** în urma tratamentului cu **cel puțin două linii** de chimioterapie  DA  NU
5. **Limfom limfoblastic cu celule T (LL-T), care a suferit o recădere** în urma tratamentului cu **cel puțin două linii** de chimioterapie  DA  NU
6. Metoda de diagnostic:  DA  NU
- a. Hemoleucograma+FL
- b. ex. medular
- c. ex imunofenotipic (la diagnostic)
- d. examen histopatologic cu imunohistochimie
- e. probe renale
7. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de pacient  DA  NU

**B. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)**

1. Metoda de evaluare:  DA  NU
- a. Hemoleucograma+FL
- b. probe renale
2. Evoluția sub tratament  DA  NU
- favorabilă
- staționară
- progresie

**C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

- a. Progresia bolii sub tratament și pierderea beneficiului clinic
- b. Toxicitate neurologică gr.  $\geq 2$
- c. Toxicitate inacceptabilă
- d. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
- e. Deces
- f. Alte cauze

Subsemnatul, dr.....,răspund de realitatea și exactitatea completării prezentului formular.

Data: 

--	--	--	--	--	--	--	--

Semnătura și parafa 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.