



**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

(\*toate aceste criterii trebuie sa fie îndeplinite)

1. Declarația de consimțământ pentru tratament semnată de pacient:  DA  NU
2. Diagnostic de carcinom pulmonar non-scuamos confirmat histopatologic / citologic:  DA  NU
3. Boala metastazată, local avansată sau recidivată (chirurgical nerezecabilă):  DA  NU
4. Sunt eligibile pentru tratament următoarele categorii de pacienți:  DA  NU
  - a. Fără tratament chimioterapic anterior,
  - b. Ca tratament de întreținere la pacienți cu răspuns terapeutic favorabil la chimioterapia de inducție
5. Vârsta > 18 ani:  DA  NU
6. Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiții de siguranță:  
 DA  NU
  - neutrofile > 1.500/mm<sup>3</sup>, trombocite > 100.000/mm<sup>3</sup>
  - bilirubina totală  $\leq 1,5$  x limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST, ALT)  $\leq 3$  x LSN (pacienți fără metastaze hepatice) și  $\leq 5$  x LSN (încazulprezențemetastazelor hepatice)
  - clearance al creatininei  $\geq 60$  ml/min

**B. 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 din excipienți:  DA  NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

(\*toate aceste criterii trebuie sa fie îndeplinite)

1. Statusul bolii la data evaluării – demonstrează beneficiu terapeutic:
  - A. Remisiune completă
  - B. Remisiune parțială
  - C. Boală stabilă
  - D. Beneficiu clinic
3. Starea clinică a pacientului permite continuarea tratamentului:  DA  NU
4. 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)

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

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.