

**FIȘA DE EVALUARE A PACIENȚILOR CU PSORIAZIS ÎN VEDEREA
INIȚIERII / CĂNTINUĂRII TRATAMENTULUI CU AGENȚI BIOLOGICI**

DATE GENERALE

Nume, prenume:

.....

Sex: Feminin Masculin

Data nașterii (zi/lună/an): □□.□□.□□□□ CNP: □□□□□□□□□□□□

Adresă corespondență/telefon:

.....

.....

.....

Pacientul a semnat declarația de consimțământ DA NU Anexați un exemplar DA NU

Nume medic de familie + adresă corespondență :

.....

.....

.....

I. CO-MORBIDITĂȚI:

A prezentat pacientul următoarele boli

(bifați varianta corespunzătoare la fiecare rubrică, 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 data ultimei evaluări ftiziologice				
HTA				
Boala ischemică coronariană/IM				
ICC				
Tromboflebită profundă				
AVC				
Epilepsie				
Boli demielinizante				
Astm bronșic				
BPOC				
Ulcer gastro-duodenal				
Boli hepatice – descrieți				

Boli renale – descrieți				
Diabet zaharat - tratament cu:dieta <input type="checkbox"/> oral <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 + ISTORICUL PSORIAZIS

Diagnostic cert de PSORIAZIS (anul) □ □ □ □,	Data debutului (anul) □ □ □ □,
---	---

Bifați și luna în cazul unui diagnostic/debut sub 1 an.

La initierea tratamentului se va anexa și buletinul de analiza histopatologic, în original sau copie autenticată prin semnatura și parafa medicului curant dermatolog.

III. TERAPII STANDARD URMATE ANTERIOR

(În cazul modificării dozelor se trece data de începere și de oprire pentru fiecare doză)

Medicament	Doză	Data începerii	Data opririi	Obs. (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc)

* termenul de „reacții adverse” se referă la **reacții adverse majore**, de principiu manifestările digestive de tip dispeptic nu se încadrează în această categorie și nu justifică întreruperea/modificarea terapiei.

IV. TERAPII STANDARD SISTEMICE ACTUALE:

	Doza actuală	Din data de	Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
2. În caz de intoleranță MAJORĂ/CONFIRMATĂ (anexați documente medicale) la terapiile sistemice standard, furnizați detalii privitor la altă terapie actuală.			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de terapie standard DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>

V. ALTE TRATAMENTE ACTUALE ALE PSORIAZISULUI

Medicament	Doză	Data începerii	Data opririi	Obs. (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc)

VI. EVALUARE CLINICĂData (zi, lună, an): . .

Scor PASI:

Scor DLQI:

Greutate (kg) : kg Talie (cm): **VII. EVALUARE PARACLINICĂ**

se vor anexa buletinele de analiza-cu valabilitate de 6 luni, in original sau copie autentificata prin semnatura si parafa medicului curant dermatolog.

Analiza	Data	Rezultat	Valori normale
VSH (la o oră)			
Hb			
Nr. leucocite			
Formulă leucocitară			
Trombocite			
Creatinină			
TGO			
TGP			
Ex. sumar urină			
IDR la PPD (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)			
Radiografie pulmonara (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)			
Alte date de laborator semnificative			

Precizați în cazul administrării subcutanate (pentru adalimumab, efalizumab sau etanercept, se notează regimul terapeutic, doza, interval adm.):

Precizați în cazul administrării în perfuzie (pentru infliximab) :

Tratamentul se face conform schemei clasice (0,2, 6 și apoi la fiecare 8 săptămâni) DA NU
descrieți:

.....
.....

Data PEV (zi, lună, an)						
Doza (nr. flacoane)						
Data PEV (zi, lună, an)						
Doza (nr. flacoane)						
Data PEV (zi, lună, an)						
Doza (nr. flacoane)						

Reacții adverse legate de terapia PSORIAZIS (descrieți toate R.A. 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: dg., descrierea pe scurt a R.A., data apariției/rezolvării, tratamentul aplicat):

Medic curant (dermatolog)

(Nume, locul de muncă, adresă corespondență, număr telefon și fax)

.....
.....
.....
.....

Data:

NOTĂ:

Fișa se completează citit, la toate rubricile, alegând varianta corespunzătoare și precizând detalii acolo unde sunt solicitate. **Fișele incomplete nu vor fi analizate.**

Completarea fișei se face la inițierea terapiei, la 3 luni și apoi în principiu la fiecare 6 luni (sau mai des la solicitarea Comisiei). Odată cu propunerea de inițiere a terapiei, medicul curant semnat al fișei își asumă responsabilitatea privind corectitudinea datelor furnizate și acceptă să prezinte (la cererea Comisiei) documente medicale care să le justifice, de asemenea acceptă și obligația de a administra corect terapia

și de a face monitorizarea corespunzătoare a pacientului, în vederea evaluării eficienței și siguranței tratamentului.

La evaluările de control vor fi completate cu date suplimentare rubricile corespunzătoare privind evoluția bolii, terapia administrată, eventualele reacții adverse și co-morbidități.

Se consideră implicită semnalarea oricăror reacții adverse semnificative, precum și efectuarea unei evaluări finale în cazul întreruperii terapiei (din orice motiv s-ar face aceasta).

După întreruperea terapiei este obligatorie efectuarea unor evaluări de control, la fiecare 6 luni, pentru toți pacienții care au fost supuși tratamentului cu agenți biologici. Este obligatorie păstrarea dosarului medical complet al pacientului (bilete externare, fișe ambulator, analize medicale, etc) la medicul curant semnat al fișei pentru eventuala solicitare a acestuia de către Comisie.