**Cod formular specific: L01XE18**

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

**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* ***L01XE18***

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

1.**Diagnostic: a) Mielofibroză primară** (cunoscută şi sub denumirea de mielofibroză idiopatică cronică) DA NU

**b) Mielofibroză secundară post-policitemie vera** DA NU

**c) Mielofibroză secundară post-trombocitemie esenţială** DA NU

2.Varsta> 18 ani DA NU

3.Splenomegalie semnificativă clinic DA NU

4.Simptome constituționale (pierdere in greutate >10% in 6 luni; transpirații nocturne; febra >37,50C de origine necunoscuta) DA NU

5.Diagnostic anterior de policitemia vera DA NU

6.Diagnostic anterior de trombocitemie esențială DA NU

7.Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.**Puncție biopsie osoasa + colorații specifice mielofibroză

**c.**LDH

**d.** JAK2V617/alti marker clonali

**e.** ex molecular (bcr-abl) / ex FISH / ex citogenetic

4.Declarație consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

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

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.**reducerea splenomegaliei (clinic sau ecografic)

**c.** ameliorarea simptomelor constituționale

1. Evoluția sub tratament DA NU

- favorabilă

- staționară

- progresie

1. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
	1. Dacă nu există o reducere a dimensiunii splinei sau o îmbunătățire a simptomelor după 6 luni de la începerea tratamentului

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. Pacienţii care au demonstrat un anumit grad de ameliorare clinică, dacă aceştia menţin o creştere a lungimii splinei de 40% comparativ cu dimensiunea iniţială (echivalentul, în mare, al unei creşteri de 25% a volumului splinei) şi nu mai prezintă o ameliorare vizibilă a simptomelor aferente bolii
	2. Toxicitate inacceptabilă
	3. Sarcina
	4. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
	5. Deces
	6. Alte cauze

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

Data: Semnătura şi parafa medicului curant