

COMISIA CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU APROBAREA TRATAMENTULUI ÎN TUMORILE NEUROENDOCRINE

FISA PACIENTULUI

cu tumoră neuroendocrină supus tratamentului cu OCTREOTIDUM (sandostatin LAR)

1. Date de identificare

a. Numele si prenumele pacientului _____

Data nasterii (zi, luna, an) _____ CNP _____

Domiciliul _____ tel _____

b. Diagnostic: _____

c. Părinte sau susținător legal (numele) _____

Calitatea _____ Domiciliul _____

d. Medic curant (numele si prenumele) _____

Specialitatea _____ institutia (denumirea, adresa,
telefon/fax,e-mail)

e. Medic de familie (nume si prenume) _____

Unde poate fi contactat _____

2. Consimțământul informat al pacientului

**Subsemnatul _____ declar
ca am fost informat asupra procedurilor, manevrelor si a efectelelor terapeutice si
adverse ale tratamentului si sunt de acord cu tratamentul propus.**

Semnatura _____

3. Criteriile de includere in tratament

- Varstă

- Sex

- Confirmarea clinică, paraclinică și anatomopatologică a diagnosticului de tumoare neuroendocrină gastro-entero-pancreatică funcțională

A. Simptomatologia specifică pentru fiecare tip de tumoră în parte

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

B Evaluările paraclinice sprcifice pentru fiecare tip de tumoră
- tumori carcinoide cu caracteristici de sindrom carcinoid

Cromogranina A(valori sanguine).....

5-hidroxiindolacetic urinar.....

Serotonină.....

- VIP-om

VIP plasmatic.....

- Glucagonom :

Glucagon plasmatic.....

- insulinom :

insulină pancreatică.....

⌒ gastrinom/ sindrom Zollinger Elison :

gastrină plasmatică

- tumori secretante de factori de eliberare GRF :

GH plasmatic.....

IGF-1 plasmatic

C. Confirmarea masei tumorale (CT sau MRI).....

⌒ Sinteza istoricului cu precizarea complicațiilor (susținute prin documente anexate) a terapiei urmate și a
contraindicațiilor terapeutice (susținute prin documente anexate)

.....
.....
D. Alte explorări

4. Schema terapeutică a pacientului cu tumoră neuroendocrină

5. CRITERII DE EVALUARE A EFICACITĂȚII TERAPEUTICE

Perioadele de timp la care se face evaluarea: 3, 6 și 12 luni

. simptomatologie controlată

.....
.....
cromogranina A

.....
.....
5- HIA urinar.....

.....
.....
complicații evolutive sub tratament

.....

Notă : monitorizarea tratamentului va fi făcută în conformitate cu protocolul terapeutic elaborate de MSP (ordin comun MSP/CNAS nr. 1301/500/2008)

Semnătura, parafa medic curant

Data _____ Semnătura și parafa _____

COMISIA CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU APROBAREA TRATAMENTULUI ÎN TUMORILE HIPOFIZARE CU EXPANSIUNE SUPRASELARĂ

FISA PACIENTULUI

cu acromegalie supus tratamentului cu Octreotidum (Sandostatin LAR)

1. Date de identificare

• Numele si prenumele pacientului _____

Data nasterii (zi, luna, an) _____ CNP _____

Domiciliul _____ tel _____

• Diagnostic: Acromegalie forma _____

• Părinte sau susținător legal (numele) _____

Calitatea _____ Domiciliul _____

• Medic curant (numele si prenumele) _____

Specialitatea _____ institutia (denumirea, adresa, telefon/fax,e-mail)

• Medic de familie (nume si prenume) _____

Unde poate fi contactat _____

2. *Consimțământul informat al pacientului*

- *Subsemnatul* _____

declar ca am fost informat asupra procedurilor, manevrelor si a efectelelor terapeutice si adverse ale tratamentului si sunt de acord cu tratamentul propus.

Semnatura _____

3. Criteriile de includere (în conformitate cu protocolul terapeutic)

Pacientul prezintă acromegalie în evoluție și se încadrează în una din următoarele situații:

a. Pacienți operați și iradiați în primii 10 ani după radioterapie.....

b. Postoperator (în condiții de contraindicații majore pentru radioterapie)

c. Postoperator (la pacienți tineri)

d. Postiradiere

e. Preoperator

Parametrii de evaluare minimă și obligatorie pentru inițierea tratamentului cu Sandostatin LAR (evaluări nu mai vechi de 6 luni):

A. Caracteristici clinice de acromegalie activă, certificate obligatoriu de:

a. Supresia GH in hiperglicemia provocata (se adm. p.o. 75 g glucoza)

	0 min	30 min	60 min	90 min	120 min
Glicemie					
GH					

b. IGF1.

c. Curba de GH seric în 24 ore

d. Confirmarea masei tumorale hipofizare: diagnostic CT sau MRI, pentru localizare: intraselară/cu expansiune extraselară, dimensiuni: diametre maxime- cranial, transversal.

B. Sinteza istoricului bolii cu precizarea complicațiilor (susținute prin documente anexate), a terapii urmate și a contraindicațiilor terapeutice (susținute prin documente anexate).

CRITERII DE PRIORITIZARE PENTRU PROGRAMUL CNAS A TRATAMENTULUI CU SANDOSTATIN LAR

- VARSTA

- Complicații pacient

- **Biochimie Generală – Criterii pentru complicații metabolice**
Glicemie.....

hemoglobină glicozilată.....

profil lipidic.....

fosfatemie.....

Transaminaze.....

- **Consult cardiologic clinic, echocardiografie și EKG- criterii pentru complicațiile cardiovasculare**

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

- **Analize hormonale pentru insuficiența adenohipofizară și a glandelor endocrine hipofizo-dependente- criterii de complicații endocrine LH seric.....**

FSH seric.....

Cortizol.....

TSH

T₄ liber.....

testosteron / estradiol.....

- **Examen oftalmologic- criterii pentru complicațiile neurooftalmice**

câmp vizual

acuitate vizuală

- Polisomnografie cu și fără respirație sub presiune (CPAP) – *criterii pentru depistarea și tratarea apneei de somn*
- Colonoscopie *criteriu pentru depistarea și tratarea polipilor colonici cu potențial malign*

.....
.....

5. CRITERII DE MONITORIZARE A EFICACITĂȚII TRATAMENTULUI

I. Perioadele de timp la care se face evaluarea (monitorizarea sub tratament) :

- **În primul an de tratament la 3, 6 și 12 luni**

simptomatologie controlată.....

.....

.....

.....

GH în OGTT sau media GH pe profil.....

.....

IGF1.....

Ecografie de colecist.....

Pentru pacienții diabetici :

Glicemie a jeun.....

.....
Hemoglobină glicozilată.....

6.Schema terapeutică a pacientului cu tumoră hipofizară cu expansiune supraselară

Notă : monitorizarea tratamentului va fi făcută în conformitate cu protocolul terapeutic elaborate de MSP (ordin comun MSP/CNAS nr. 1301/500/2008)

semnatura si parafa medicului curant

COMISIA CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU APROBAREA TRATAMENTULUI ÎN TUMORILE NEUROENDOCRINE

FISA PACIENTULUI

cu tumoră neuroendocrină supus tratamentului cu acetat de lanreotida (Somatuline PR)

1. Date de identificare

a. Numele si prenumele pacientului _____

Data nasterii (zi, luna, an) _____ CNP _____

Domiciliul _____ tel _____

b. Diagnostic: _____

c. Părinte sau susținător legal (numele) _____

Calitatea _____ Domiciliul _____

d. Medic curant (numele si prenumele) _____

Specialitatea _____ institutia (denumirea, adresa, telefon/fax,e-mail)

e. Medic de familie (nume si prenume) _____

Unde poate fi contactat _____

2. *Consimțământul informat al pacientului*

Subsemnatul _____

declar ca am fost informat asupra procedurilor, manevrelor si a efectelelor terapeutice si adverse ale tratamentului si sunt de acord cu tratamentul propus.

Semnatura _____

3. **Criteriile de includere in tratament**

A. Diagnostic anatomo patologic de tumoră neuroendocrină

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

B. Preoperator pentru pacienții cu diagnosticul de tumoră neuroendocrină

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

C. Perioperator pentru pacienții cu diagnosticul de tumoră neuroendocrină

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

D. Postoperator pentru pacienții cu diagnosticul de tumoră neuroendocrină

Cromogranina A(valori sanguine).....

Histamina.....

Serotonină.....

Simptomatologie care indică reapariția sindromului carcinoid.....

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

Parametri de evaluare minimă și obligatorie pentru inițierea tratamentului cu Lanreotidum (evaluări nu mai vechi de 6 luni) :

A. Caracteristici clinice de sindrom carcinoid , certificate de :

▪ Cromogranina A.....

- 5.- HIIA urinar.....
 - Metanefrina.....
 - Catecolamine.....
 - Creatinină.....
 - Gastrină.....
 - Somatulină.....
 - Insulină.....
 - ACTH.....
 - Prolactină.....
 - Calcitonină.....
 - TSH.....
 - PTH.....
 - LH/FSH.....
 - Enolază neuronală specifică.....
- (Se vor completa în conformitate cu protocolul terapeutic)

- Confirmarea masei tumorale (CT sau MRI).....

.....

.....

.....

- Diagnosticul anatomopatologic de tumoră neuroendocrină

.....

.....

.....

Sinteza istoricului cu precizarea complicațiilor (susținute prin documente anexate) a terapiei urmate și a contraindicațiilor terapeutice (susținute prin documente anexate)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

. Evaluări complementare (*nu mai vechi de 6 luni*) obligatoriu prezente in dosarul pacientului pentru inițierea tratamentului cu lanreotida:

Glicemie

hemoglobină glicozilată (la pacienții diabetici)

profil lipidic

transaminaze

uree

creatinina

Dozări hormonale:

Prolactina

cortizol plasmatic bazal

fT4

TSH

gonadotropi + Estradiol (la femei de vârstă fertilă) sau gonadotropi + Testosteron 8-9 a.m. (la bărbați).

Ecografie colecist

4. CRITERII DE PRIORITIZARE PENTRU PROGRAMUL CNAS A TRATAMENTULUI CU LANREOTIDA

. Complicații pacient

- **Biochimie Generală – Criterii pentru complicații metabolice**

Glicemie.....

hemoglobină glicozilată.....

profil lipidic.....

fosfatemie.....

Transaminaze.....

- **Consult cardiologic clinic, echocardiografie și EKG- criterii pentru complicațiile cardiovasculare**

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

Analize hormonale pentru evaluarea tipului hormonal- criterii de complicații endocrine

5 Schema terapeutică a pacientului cu tumoră neuroendocrină

6. CRITERII DE EVALUARE A EFICACITĂȚII TERAPEUTICE

Perioadele de timp la care se face evaluarea: 3, 6 și 12 luni

. simptomatologie controlată

.....

.....

.....

.....

cromogranina A

.....

5- HIA urinar.....

.....

complicații evolutive sub tratament

.....

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

Notă : monitorizarea tratamentului va fi făcută în conformitate cu protocolul terapeutic elaborate de MSP (ordin comun MSP/CNAS nr. 1301/500/2008)

~

Semnătura, parafa medic curant

~

Data _____ Semnătura și parafa _____

COMISIA CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU APROBAREA TRATAMENTULUI ÎN TUMORILE HIPOFIZARE CU EXPANSIUNE SUPRASELARĂ

FISA PACIENTULUI

cu acromegalie supus tratamentului cu acetat de lanreotida (Somatuline PR)

1. Date de identificare

a. Numele si prenumele pacientului _____

Data nasterii (zi, luna, an) _____ CNP _____

Domiciliul _____ tel _____

b. Diagnostic: Acromegalie forma _____

c. Părinte sau susținător legal (numele) _____

Calitatea _____ Domiciliul _____

d. Medic curant (numele si prenumele) _____

Specialitatea _____ institutia (denumirea, adresa,
telefon/fax,e-mail)

e. Medic de familie (nume si prenume) _____

Unde poate fi contactat _____

2. **Consimțământul informat al pacientului**

Subsemnatul _____

declar ca am fost informat asupra procedurilor, manevrelor si a efectelelor terapeutice si adverse ale tratamentului si sunt de acord cu tratamentul propus.

Semnatura _____

3. Criteriile de includere in tratament

↪ **Parametrii de evaluare minimă și obligatorie pentru inițierea tratamentului cu lanreotida (evaluări nu mai vechi de 6 luni):**

A. Caracteristici clinice de acromegalie activă, certificate obligatoriu de:

a. Supresia GH in hiperglicemia provocata (se adm. p.o. 75 g glucoza)

	0 min	30 min	60 min	90 min	120 min
Glicemie					
GH					

b. IGF1.

c. Curba de GH seric în 24 ore

d. Confirmarea masei tumorale hipofizare: diagnostic CT sau MRI, pentru localizare: intraselară/cu expansiune extraselară, dimensiuni: diametre maxime- cranial, transversal.

B. Sinteza istoricului bolii cu precizarea complicațiilor (susținute prin documente anexate), a terapiei urmate și a contraindicațiilor terapeutice (susținute prin documente anexate).

C. Evaluări complementare (*nu mai vechi de 6 luni*) obligatoriu prezente in dosarul pacientului pentru inițierea tratamentului cu lanreotida:

Glicemie

hemoglobină glicozilată (la pacienții diabetici)

profil lipidic

transaminaze

uree

creatinina

Dozări hormonale:

Prolactina

cortizol plasmatic bazal

fT4

TSH

gonadotropi + Estradiol (la femei de vârstă fertilă) sau gonadotropi + Testosteron 8-9 a.m. (la bărbați).

Ex oftalmologic:

∞. FO

câmp vizual

Ecografie colecist

4. CRITERII DE PRIORITIZARE PENTRU PROGRAMUL CNAS A TRATAMENTULUI CU LANREOTIDA

- VARSTA

(

- Complicații pacient

- **Biochimie Generală – Criterii pentru complicații metabolice**
Glicemie.....

hemoglobină glicozilată.....

profil lipidic.....

fosfatemie.....

Transaminaze.....

- **Consult cardiologic clinic, echocardiografie și EKG- criterii pentru complicațiile cardiovasculare**

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

- Analize hormonale pentru insuficiența adenohipofizară și a glandelor endocrine hipofizo-dependente-
criterii de complicații endocrine LH seric.....
 - FSH seric.....
 - Cortizol.....
 - TSH
 - T₄ liber.....
 - testosteron / estradiol.....
- Examen oftalmologic- *criterii pentru complicațiile neurooftalmice*
 - câmp vizual
 - acuitate vizuală
- Polisomnografie cu și fără respirație sub presiune (CPAP) – *criterii pentru depistarea și tratarea apneei de somn*
- Colonoscopie *criteriu pentru depistarea și tratarea polipilor colonici cu potențial malign*
.....
.....

5.Schema terapeutică a pacientului cu tumoră hipofizară cu expansiune supraselară

Notă : monitorizarea tratamentului va fi făcută în conformitate cu protocolul terapeutic elaborate de MSP (ordin comun MSP/CNAS nr. 1301/500/2008)

6. CRITERII DE MONITORIZARE A EFICACITĂȚII TRATAMENTULUI

I. Perioadele de timp la care se face evaluarea (monitorizarea sub tratament) :

- În primul an de tratament la 3, 6 și 12 luni

simptomatologie controlată.....

.....
.....
.....
GH în OGTT sau media GH pe profil.....
.....

IGF1.....
Ecografie de colecist.....

Pentru pacienții diabetici :

Glicemie a jeun.....

Hemoglobină glicozilată.....

Semnătură și parafă medic curant