**Cod formular specific: L01XE08**

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

**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* ***L01XE08***

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

**a) Linia I** DA NU

1. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) **nou diagnosticata**🡪**adulți** DA NU

3. Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. medular

**c.**ex citogenetic (Ph1+)

**d.** FISH

**e.** ex molecular (bcr-abl)

4. Declarație consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

**b) Linia aIIa si a IIIa** DA NU

1. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **rezistenţa** la terapii anterioare 🡪adulți DA NU

2. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **intoleranţă** la terapii anterioare 🡪adulți DA NU

3. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază accelerată** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **rezistenţă** la terapii anterioare 🡪adulți DA NU

4. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază accelerată** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **intoleranţă** la terapii anterioare 🡪adulți DA NU

5. Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. medular

**c.**ex citogenetic (Ph1+)

**d.** ex molecular (bcr-abl)

6. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

7. Tratament anterior: DA NU

a) imatinib

b) dasatinib

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

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. Linia I de tratament DA NU
2. Linia a II a si a III a de tratament DA NU
3. Metoda de evaluare: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

1. Evoluția sub tratament DA NU

- favorabilă

- staționară

- progresie

1. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
2. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
3. Intoleranţă la tratament
4. Deces
5. Alte cauze

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

\*Solicit transmiterea confirmării înregistrării **formularului specific**de către CAS, la adresa de e-mail: ………………………………. sau la nr. de fax: ……………….…………

\*\*Se completează doar în situaţia în care nu poate fi transmisă online în PIAS cererea de completare a **formularului specific.**

Data: Semnătura şi parafa medicului curant