**Cod formular specific: L01XE24**

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI PONA**T**INIBUM**

**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* ***L01XE24***

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)**
2. **Leucemia mieloida cronica** (LMC) in faza **cronica,** care prezinta **rezistenta** la dasatinib sau nilotinib, si pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezinta mutatia T315I DA NU
3. **Leucemia mieloida cronica** (LMC) in faza **accelerata**, care prezinta **rezistenta** la dasatinib sau nilotinib, si pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezinta mutatia T315I DA NU
4. **Leucemia mieloida cronica** (LMC) in faza **blastica**, care prezinta **rezistenta** la dasatinib sau nilotinib, si pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezinta mutatia T315I DA NU
5. **Leucemia mieloida cronica** (LMC) in faza **cronica**, care prezinta **intoleranta** la dasatinib sau nilotinib si pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezinta mutatia T315I DA NU
6. **Leucemia mieloida cronica** (LMC) in faza **accelerata**, care prezinta **intoleranta** la dasatinib sau nilotinib si pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezinta mutatia T315I DA NU
7. **Leucemia mieloida cronica** (LMC) in faza **blastica**, care prezinta **intoleranta** la dasatinib sau nilotinib si pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezinta mutatia T315I DA NU
8. **Leucemia limfoblastica acuta** cu cromozom Philadelphia pozitiv (LLA Ph+), care prezinta **rezistenta** la dasatinib, si pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezinta mutatia T315I DA NU
9. **Leucemia limfoblastica acuta** cu cromozom Philadelphia pozitiv (LLA Ph+), care prezinta **intoleranta** la dasatinib si pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezinta mutatia T315I DA NU
10. Metoda de diagnostic (specifica fiecarei indicaţii): DA NU
11. Hemoleucograma+FL
12. ex. medular
13. ex citogenetic (Ph1+)
14. FISH
15. ex molecular (bcr-abl)
16. ex.imunofenotipic
17. prezenta mutatiei T315I
18. evaluarea statusului cardio-vascular
19. testare AgHBs

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. lipaza serica
2. Declarație consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU
3. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
* Alergie la substanta activa sau la oricare dintre excipienți DA NU
1. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**
2. Metoda de evaluare: DA NU
3. Hemoleucograma+FL
4. ex. medular
5. ex citogenetic (Ph1+)
6. 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. Eșec terapeutic
5. Deces
6. Alte cauze

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

Data: Semnătura şi parafa medicului curant