**Cod formular specific: H006C**

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

**PENTRU TUMORILE NEUROENDOCRINE**

**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* ***H006C***

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**
2. Declarația de consimţamânt pentru tratament semnată de pacient DA NU
3. **a**. Diagnostic HP de tumoră neuroendocrină G1/G2 DA NU
4. IHC pozitivă pentru cromogranina A+/- sinaptofizină, +/- NSE DA NU
5. Index de proliferare Ki-67 (valoare)…..………. DA NU
6. Confirmare imagistică a tumorii primare /metastazelor /resturilor tumorale prezente postoperator (TC/RMN/scintigrafie de tip octreoscan/PET-CT cu radioizotopi specifici)

 DA NU

1. Elemente clinice de sindrom carcinoid DA NU
2. Un marker seric specific crescut DA NU
* Cromogranina A ..............…
* Serotonina serică .................
* 5-HIAA urinar …................

**SAU**

1. **a**. Diagnostic HP de tumoră neuroendocrină G3 DA NU
2. IHC pozitivă pentru cromogranina A+/- sinaptofizină, +/- NSE **+** DA NU
3. Index de proliferare Ki-67 (valoare)…..………. DA NU
4. Elemente clinice de sindrom carcinoid DA NU
5. Un marker seric specific crescut DA NU
* Cromogranina A ..............…
* Serotonina serică .................
* 5-HIAA urinar …................
1. **+/-** Receptori pentru somatostatina demonstraţi în masă tumorală DA NU

**SAU**

1. **a**. Tumorile neuroendocrine diferenţiate, funcţionale, cu secreţii hormonale specifice

 (gastrina, insulina, catecolamine, ACTH like, calcitonina) DA NU

1. Sindrom clinic neuroendocrin asociat DA NU
2. Receptori pentru somatostatina demonstraţi în masă tumorală DA NU
3. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
4. Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi DA NU
5. Sarcina/alăptare DA NU
6. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**
7. Statusul bolii la data evaluării:

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. Remisiune completă
2. Remisiune parțială
3. Boală stabilă
4. Beneficiu clinic
5. Progresie
6. Sindrom carcinoid
7. Starea clinica a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului DA NU
8. Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului DA NU

1. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
2. Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile
3. Decizia medicului, cauza: …………………………...
4. Decizia pacientului, cauza: ………………………….
5. Absenţa beneficiului clinic
6. Deces

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

Data: Semnătura şi parafa medicului curant