**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE**

**AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC**

**PENTRU ARTROPATIE PSORIAZICĂ** - **AGENŢI BIOLOGICI -**

**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**: **în data**:

**d**



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

**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**:

**pâ**

**nă**

**a**:



|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**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**”!

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

**1.** Diagnostic cert de AP (criterii CASPAR) DA NU

**2.** AP severă DAPSA > 28 DA NU

**3.** > 5 articulații dureroase/ tumefiate DA NU

**4.** PCR > 3 x valoarea normală (cantitativ) DA NU

**5.** Lipsă de răspuns la 2 csDMARD ca doze şi durată, conform precizărilor din protocol (AP fără

factori de prognostic nefavorabili) DA NU

**6.** Lipsă de răspuns la 1 csDMARD ca doze şi durată, conform precizărilor din protocol (AP cu factori de prognostic nefavorabili) DA NU

**7.** Răspuns ineficient la 2 cure de AINS de minim 6 săpt. fiecare (AP predominant axială activă

cu BASDAI > 6) DA NU

**8.** Răspuns ineficient la 2 cure de AINS de minim 6 săpt. fiecare şi/sau răspuns ineficient la cel

puțin o administrare de glucocorticoid injectabil local (AP cu entezită şi/sau dactilită activă) DA NU

**9.** 2VAS (globală şi durere), calcul DAPSA, screeninguri şi analize de laborator conform Fişei

de Inițiere obligatorii din RRBR (element de audit / control date în format electronic)



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DA | NU |
| **10.** | Absenţa contraindicațiilor recunoscute la terapia biologică | DA | NU |
| **11.** | Fişă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli Reumatice) | DA | NU |

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului DA NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

**1.** Răspuns terapeutic DAPSA conform protocolului (se continuă terapia) DA NU

**2.** Lipsa de răspuns / Pierderea răspunsului terapeutic DAPSA conform protocolului (se face switch) DA NU

**3.** Reacție adversă raportată în Fişa de Reacție Adversă din RRBR şi ANM (se face switch)

DA NU

**4.** VAS, calcul DAPSA şi analize de laborator conform Fişei de Monitorizare obligatorii din



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | RRBR (element de audit / control date în format electronic) | DA | NU |
| **5.** | Fişă pacient introdusă în RRBR | DA | NU |

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** Reacție adversă severă | DA | NU |
| **2.** Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului | DA | NU |

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

Data: Semnătura şi parafa medicului curant



|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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.