

Cod formular specific: J05AX65 - G7.1

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC  
DCI COMBINAȚII (SOFOSBUVIR + LEDIPASVIR)  
- pacienți cu toleranță la Ribavirină -**

**SECȚIUNEA I - DATE GENERALE**

1. Unitatea medicală: .....

2. CAS / nr. contract: ...../.....

3. Cod parafă medic:

4. Nume și prenume pacient: .....

CNP / CID:

5. FO / RC:  în data:

6. S-a completat "Secțiunea II- date medicale" din Formularul specific cu codul: .....

7. Tip evaluare:  inițiere  continuare  întrerupere

8. Încadrare medicament recomandat în Listă:

boala cronică (sublista C secțiunea C1), cod G:

PNS (sublista C secțiunea C2), nr. PNS: , cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală*), după caz:

ICD10 (sublista A, B, C secțiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală*):

9. DCI recomandat: 1)..... DC (după caz) .....

2)..... DC (după caz) .....

10. \*Perioada de administrare a tratamentului:  3 luni (12 săptămâni)

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"!

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

1. Pacient adult cu ciroză hepatică decompensată cu VHC scor Child-Pugh  $\geq 7$  puncte, indiferent de genotip  DA  NU
  2. ARN-VHC detectabil  DA  NU
  3. Hb > 10 g/dL  DA  NU
  4. Creatinina serică < 2 mg/dL  DA  NU
  5. Hepatocarcinom absent sau tratat prin rezecție / RFA / TACE, după o perioadă de urmărire post tratament de 6 luni și cu dovadă de răspuns complet la tratament  DA  NU
  6. Alte malignități evolutive absente  DA  NU
  7. Ag HBs absent; dacă este **NU**, se completează și **pct. 8**  DA  NU
  8. Evaluarea completă a coinfecției cu VHB  DA  NU
  9. Coinfecție cu HIV  DA  NU
  10. Comorbidități prezente  DA  NU  
Dacă este **DA**:- precizați: .....
- se completează și **pct. 11**
11. Avizul medicului de specialitate care tratează comorbiditățile  DA  NU
  12. Scor MELD < 20 puncte  DA  NU
  13. Evaluarea și înregistrarea corectă și completă a medicamentelor utilizate de pacient în vederea evitării contraindicațiilor sau interacțiunilor medicamentoase\*  DA  NU
  14. Declarația de consimțământ pentru tratament semnată de pacient  DA  NU

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

1. Sarcină  DA  NU
2. Alăptare  DA  NU
3. Malignități în evoluție, inclusiv hepatocarcinom  DA  NU
4. Insuficiență renală severă - pacient dializat (rata de filtrare glomerulară sub 30ml/min la 1,73 m<sup>2</sup>, creatinina mai mare de 2mg/dL)  DA  NU
5. Coinfecție cu HIV cu CD4 < 200 celule/mm<sup>3</sup>  DA  NU
6. Scor MELD > 20 puncte  DA  NU

Subsemnatul, dr.....,răspund de realitatea și exactitatea completării prezentului formular.

Data: 

--	--	--	--	--	--	--	--

Semnătura și 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.