

Cod formular specific: J05AX65 - G7.2

FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC
DCI COMBINAȚII (SOFOSBUVIR + LEDIPASVIR)
- pacienți cu intoleranță/contraindicații 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: 6 luni (24 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 Child-Pugh ≥ 7 puncte DA NU
2. ARN-VHC detectabil DA NU
3. Hb ≤ 10 g/dL la start 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. Reacții adverse semnificative la Ribavirină în tratamentele anterioare DA NU
14. Evaluarea și înregistrarea corectă și completă a medicamentelor utilizate de pacient în vederea evitării contraindicațiilor sau interacțiunilor medicamentoase* DA NU
15. 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 m², creatinina mai mare de 2mg/dL) DA NU
5. Coinfecție cu HIV cu CD4 <200 celule/mm³ 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.