**Cod formular specific: B02BX05**

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

**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* ***B02BX05***

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**
2. Diagnostic: **Purpură trombocitopenică imună** (idiopatică) **cronică** (PTI) DA NU
3. Pacienti **adulţi** cu purpură trombocitopenică imună (idiopatică) (PTI) cronică **splenectomizaţi** care sunt refractari la alte tratamente (de exemplu corticosteroizi, imunoglobuline)

 DA NU

1. Tratamentul de linia a doua a adulţilor **nesplenectomizaţi** pentru care **tratamentul chirurgical este contraindicate** DA NU
2. Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. medular

**c.** ex oftalmologic

**d.** probe hepatice

1. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU
2. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
3. Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți DA NU
4. Insuficienţă hepatică DA NU

1. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**
2. Metoda de evaluare: DA NU

**a.** Hemoleucograma (numar trombocite)

**b.** probe hepatice

**c.** ex oftalmologic

1. Evoluția sub tratament DA NU

- favorabilă

- staționară

- progresie

1. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
2. Numărul de trombocite nu creşte până la un nivel suficient pentru a preveni sângerarea importantă clinic după patru săptămâni de tratament cu o doză de eltrombopag 75 mg, o dată pe zi
3. Necomplianţa pacientului
4. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare

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. Deces
2. Alte cauze

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

Data: Semnătura şi parafa medicului curant