

**CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CABINET PREȘEDINTE**

ORDIN nr. 438 din 26.05.2023

privind aprobarea formularelor specifice pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate pentru monitorizarea bolii prin examinarea PET-CT la bolnavii cu afecțiuni oncologice și pentru evaluarea prin examinare PET-CT a bolnavilor cu epilepsii refractare la tratamentul medicamentos, precum și a metodologiei de transmitere a acestora în platforma informatică din asigurările de sănătate

Având în vedere:

- Referatul de aprobare nr. DG 2082/25.05.2023 al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- art. 56 și art. 278 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 5 alin. (1) pct. 25 și 26, art. 8, art. 18 pct. 17 și art. 37 din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 273/2017 privind aprobarea comisiilor de experți care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, a Regulamentului de organizare și funcționare a acestora și a atribuțiilor comisiilor de experți care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate și ale coordonatorilor naționali pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative, cu modificările și completările ulterioare;

În temeiul dispozițiilor:

- art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul

ORDIN

Art. 1

(1) Se aprobă formularele specifice pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate pentru monitorizarea bolii prin examinarea PET-CT la bolnavii adulți cu afecțiuni oncologice, prevăzute în anexa nr. 1.

(2) Se aprobă formularele specifice pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate pentru monitorizarea bolii prin examinarea PET-CT la copiii cu afecțiuni oncologice, prevăzute în anexa nr. 2.

(3) Se aprobă formularele specifice pentru evaluarea prin examinarea PET-CT a bolnavilor cu epilepsii refractare la tratamentul medicamentos, prevăzute în anexa nr. 3.

(4) Formularele specifice transpun prevederile criteriilor de eligibilitate pentru monitorizarea bolii la bolnavii cu afecțiuni oncologice, precum și criteriile de eligibilitate pentru evaluarea bolnavilor cu epilepsii refractare la tratamentul medicamentos, criterii prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 2

(1) Recomandarea examinării PET-CT pentru bolnavii prevăzuți la art. 1, pentru care sunt aprobate formulare specifice, se realizează în conformitate cu metodologia de transmitere în platforma informatică din asigurările de sănătate, prevăzută în anexa nr. 4.

(2) Până la data implementării modalității de transmitere a cererii online în platforma informatică din asigurările de sănătate pentru înregistrarea formularului specific, transmiterea acestuia se va realiza în conformitate cu prevederile art. 4 din anexa nr. 4.

(3) În situația în care, raportat la evoluția sub tratament a afecțiunii, medicul curant decide întreruperea sau schimbarea regiunii anatomice pentru care se face investigația, aceasta se realizează în conformitate cu metodologia de transmitere în platforma informatică din asigurările de sănătate prevăzută în anexa nr. 4.

(4) Deciziile de aprobare emise de Comisiile de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data intrării în vigoare a prezentului ordin, își mențin valabilitatea până la data înscrisă pe decizie.

Art.3

Anexele nr. 1- 4 fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 4

(1) Casele de asigurări de sănătate, precum și furnizorii de servicii medicale care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate au obligația de a pune în aplicare și de a respecta prevederile prezentului ordin.

(2) Nerespectarea de către medicul curant a obligațiilor prevăzute în prezentul ordin poate atrage aplicarea, la nivelul furnizorului în cadrul căruia acesta își desfășoară activitatea, a sancțiunii prevăzută în legislația din domeniul programelor naționale de sănătate pentru nerespectarea de către furnizori a prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Art. 5

Prezentul ordin se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro și intră în vigoare începând cu data de 01.06.2023.

p. PREȘEDINTE
Adela COJAN
Vicepreședinte

LISTA

formulelor specifice pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate pentru monitorizarea bolii prin examinarea PET-CT la bolnavii adulți cu afecțiuni oncologice

Nr. crt.	Cod formular	Afecțiune - Localizare
1	PET-CT-A.1	cancere ale capului și gâtului (tumori ale sferei ORL) - adulți
2	PET-CT-A.2	cancere tiroidiene - adulți
3	PET-CT-A.3	cancer mamar - adulți
4	PET-CT-A.4	cancer pulmonar cu celule „non small” (NSCLC) - adulți
5	PET-CT-A.5	cancer pulmonar cu celule mici (SCLC) - adulți
6	PET-CT-A.6	neoplazii pleurale maligne - adulți
7	PET-CT-A.7	carcinom timic - adulți
8	PET-CT-A.8	carcinoame esofagiene - adulți
9	PET-CT-A.9	carcinoame gastrice - adulți
10	PET-CT-A.10	tumori stromale gastrointestinale (GIST) - adulți
11	PET-CT-A.11	carcinoame pancreatice - adulți
12	PET-CT-A.12	carcinoame colorectale - adulți
13	PET-CT-A.13	carcinoame ovariene - adulți
14	PET-CT-A.14	carcinoame uterine - adulți
15	PET-CT-A.15	tumori ale celulelor germinale - adulți
16	PET-CT-A.16	carcinoame anale, vulvare și peniene - adulți
17	PET-CT-A.17	limfoame - adulți
18	PET-CT-A.18	mieloame - adulți
19	PET-CT-A.19	melanomul malign - adulți
20	PET-CT-A.20	tumori musculoscheletale - adulți
21	PET-CT-A.21	tumori neuroendocrine - adulți
22	PET-CT-A.22	carcinoame oculte - adulți

LISTA

formulelor specifice pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate pentru monitorizarea bolii prin examinarea PET-CT la copii cu afecțiuni oncologice

Nr. crt.	Cod formular	Afecțiune - Localizare
1	PET-CT-C.1	limfom Hodgkin - copii
2	PET-CT-C.2	limfom non-Hodgkin - copii
3	PET-CT-C.3	sarcoame de țesuturi moi - copii
4	PET-CT-C.4	osteosarcom - copii
5	PET-CT-C.5	sarcom Ewing - copii
6	PET-CT-C.6	neuroblastom - copii
7	PET-CT-C.7	tumori cu celule germinale (toracice, abdominale, gonadale) - copii
8	PET-CT-C.8	histiocitoză cu celule Langerhans - copii
9	PET-CT-C.9	tumori hepatice maligne - copii
10	PET-CT-C.10	tumori renale maligne - copii
11	PET-CT-C.11	malignitate cu sediu primar necunoscut - copii
12	PET-CT-C.12	tumori rare la copil, specifice adultului - copii

ANEXA nr. 3

LISTA

formulelor specifice pentru evaluarea prin examinarea PET-CT a bolnavilor cu epilepsii refractare la tratamentul medicamentos

Nr. crt.	Cod formular	Afecțiune/Localizare
1	PET-CT-E.A	Epilepsie refractară la tratamentul medicamentos - adulți
2	PET-CT-E.C	Epilepsie refractară la tratamentul medicamentos - copii

METODOLOGIE
de transmitere în platforma informatică din asigurările de sănătate a formularelor specifice
pentru evaluarea prin examinarea PET-CT

Art. 1

Pentru recomandarea examinării PET-CT pentru afecțiunile precizate în Ordinul președintelui CNAS nr. 180/2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, cu modificările și completările ulterioare, pentru care sunt aprobate formulare specifice, medicul curant are obligația de a completa, semna și parafa formularul specific pe suport de hârtie și de a transmite o cerere online în platforma informatică din asigurările sociale de sănătate, denumită în continuare PIAS, pentru înregistrarea informațiilor din secțiunea I a formularului specific, cerere semnată electronic.

Art. 2

(1) În situația în care cererea online a fost procesată și acceptată în PIAS, se emite electronic o confirmare de înregistrare a formularului specific, denumită în continuare confirmare, în baza căreia se poate efectua investigația PET-CT la un furnizor de servicii medicale paraclinice aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate pentru derularea Programului național de PET-CT, cu respectarea perioadei cuprinse între data de începere și data de terminare a acesteia.

(2) Medicul curant listează două exemplare ale confirmării, dintre care unul îl înmânează asiguratului și celălalt pentru evidența proprie.

Art. 3

(1) În situația în care, pe perioada cuprinsă între data de începere și data de terminare a investigației înscrisă în confirmare, medicul curant decide întreruperea formularului confirmat, ca urmare a unei erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului, acesta completează, semnează și parafează formularul specific pe suport hârtie și transmite o cerere online în PIAS de întrerupere a formularului.

(2) Medicul curant listează două exemplare ale confirmării, dintre care unul îl înmânează asiguratului și celălalt pentru evidența proprie.

(3) Întreruperea formularului nu se poate realiza dacă examinarea PET-CT a fost efectuată.

Art. 4

(1) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea PIAS, constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, ce nu permit medicului curant transmiterea online a cererii prevăzute la art. 1 și 3, acesta va transmite casei de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale formularul specific, completat, semnat și parafat, fie în format electronic pe adresa de e-mail, fie pe fax, cu confirmare de primire și va solicita emiterea confirmării.

(2) În situația prevăzută la alin. (1), casele de asigurări de sănătate vor înregistra, procesa și valida formularul specific în PIAS și vor emite confirmarea către medicul curant.

Art. 5

Perioada cuprinsă între data de începere și data de terminare a efectuării examinării PET-CT, înscrisă în confirmare, nu poate depăși un interval de 30 de zile.

Cod formular specific: PET-CT-A.1

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI**
- **cancere ale capului și gâtului (tumori ale sferei ORL) - adulți**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului:

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru efectuarea investigației semnată de pacient
2. Identificarea tumorii primare la pacienții diagnosticați clinic cu:
 - a) Adenopatie laterocervicală unică
 - b) Examen histopatologic de carcinom scuamos metastatic
 - c) Fără detecție a localizării primare prin alte metode imagistice (CT, IRM)
3. Evaluarea răspunsului la tratament la 3-6 luni după radiochimioterapie la pacienții cu mase tumorale reziduale

³ Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

4. Diagnosticul diferențial al recidivei tumorale suspectate clinic, față de efectele locale ale radioterapiei.

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI
- cancere tiroidiene - adulți**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de pacient
2. a) Detecția bolii reziduale *sau*
 - b) Detecția recidivei cancerului tiroidian papilar folicular:
 - cu nivele crescute de tireoglobulină și/sau
 - cu nivele crescute de antitireoglobulină și
 - scintigramă cu radioiod negativă
3. Evaluarea evoluției carcinomului medular tiroidian tratat:
 - asociat cu nivele de calcitonină normale sau crescute

³ Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

- investigații imagistice: normale sau echivoce
- CT - scintigrafie osoasă
- RMN - scintigrafie cu octreotide

4. În caz de nivel crescut de tireoglobulină/antitireoglobulină și scintigramă cu radioiod negativă

- a) Detecția bolii reziduale *sau*
- b) Detecția recidivei cancerului tiroidian papilar.

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.

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE

I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. a) Evaluarea leziunilor multifocale *sau*
 - b) Evaluarea suspiciunii de recurență la pacienți cu sâni denși la examen mamografic
3. Diagnostic diferențial al plexopatiei brahiale induse de tratament față de invazia tumorală la pacienți cu examen RMN echivoc sau normal
4. Evaluarea extensiei bolii la pacienții cu tumori avansate loco-regional
5. a) Stadializarea cazurilor cu suspiciune de leziuni de recidivă *sau*
 - b) Stadializarea cazurilor cu suspiciune de metastaze la distanță:

³ Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

- în urma unor rezultate crescute ale examenelor de laborator (CA 15-3, fosfataza alcalină), sau
 - suspiciune clinică cu investigații imagistice neconcludente sau negative
6. Evaluarea răspunsului la chimioterapie la pacienții a căror evoluție nu poate fi demonstrată utilizând alte tehnici (ex. metastazele osoase).

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI
- cancer pulmonar cu celule *non small* (NSCLC) - adulți**

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: recomandare intrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE

I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Stadializarea bolnavilor considerați eligibili pentru intervenție chirurgicală:
 - în mod specific bolnavii cu adenopatii mediastinale < 1 cm la examenul CT *sau*
 - adenopatii mediastinale între 1-2 cm la examenul CT *sau*
 - bolnavi cu leziuni echivoce care ar putea reprezenta metastaze (ex. mărirea de volum a glandei suprarenale)
3. Caracterizarea unui nodul pulmonar solitar cu dimensiuni > 1 cm:
 - în special în cazul unei biopsii eșuate *sau*

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

- în cazul în care există un risc crescut de pneumotorax la bolnavii cu comorbidități medicale

4. Evaluarea suspiciunii de: - recidivă a bolii *sau*

- reluare a evoluției bolii clinic și imagistic

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.

Cod formular specific: PET-CT-A.5

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI
- cancer pulmonar cu celule mici (SCLC) - adulți**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Stadializarea bolnavilor cu cancer pulmonar cu celule mici (SCLC)
 - cu boala limitată la examenul CT
 - considerați apți pentru terapie radicală

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient

2. Pentru **ghidajul biopsiei:**

- la bolnavii cu suspiciune de leziune pleurală malignă cu îngroșare pleurală

*Nota: FDG (glucoză radiomarcată) utilitate mai mică: - la pacienții doar cu revărsat pleural

- la pacienții cu istoric de pleurodeză

³ Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

3. Pentru **excluderea diseminării extratoracice** la pacienții cu mezoteliom propuși pentru terapie multimodală care include chirurgie radicală /decorticare.

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI
- carcinom timic - adulți**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE:

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Stadializarea bolnavilor considerați operabili
3. Evaluarea leziunilor timice incerte dacă sunt considerate a beneficia de tratament radical

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI
- carcinoame esofagiene - adulți**

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: recomandare intrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient:
2. Stadializarea cazurilor cu indicație chirurgicală radicală incluzând bolnavii care au primit tratament neoadjuvant
3. Evaluarea suspiciunii de recidivă la bolnavii cu investigații radiologice negative sau echivoce

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

Cod formular specific: PET-CT-A.9

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI
- carcinoame gastrice - adulți**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Stadializarea cazurilor cu indicație chirurgicală cu intenție de radicalitate
3. Reevaluarea cazurilor:
 - cu suspiciune de recidivă
 - potențial operabile
 - cu investigații radiologice: - neconcludente sau
 - negative

³ Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI
- tumori stromale gastrointestinale (GIST) - adulți**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Stadializarea preterapeutică a bolnavilor care vor necesita, probabil, terapie sistemică
3. Evaluarea răspunsului la terapia sistemică

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI
- carcinoame pancreatice - adulți**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Stadializarea cazurilor cu indicație chirurgicală cu intenție de radicalitate și investigații imagistice neconcludente
3. Reevaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă cu investigații imagistice echivoce sau negative

NOTĂ: aproximativ 30% din cazurile de adenocarcinom pancreatic pot să nu capteze glucoza radiomarcată (FDG).

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....

8. Atenționări și riscuri:

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Stadializarea bolnavilor cu metastaze sincrone operabile la momentul diagnosticului
3. Stadializarea preoperatorie în cancerul rectal
4. Restadializarea bolnavilor cu:
 - recidive considerate rezecabile și/sau
 - leziuni metastatice considerate rezecabile

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

5. Detecția recidivelor la bolnavii cu:

- markeri tumorali în creștere *și/sau*
- suspiciune clinică de recidivă cu investigații imagistice normale sau echivoce

6. Evaluarea maselor tumorale presacrate posttratament în cancerul de rect

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI
- carcinoame ovariene - adulți**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă în urma unor:
 - valori crescute ale markerului tumoral CA 125
 - investigații imagistice negative sau echivoce
3. Evaluarea cazurilor cu suspiciune imagistică de reluare a evoluției bolii, cu CA 125 normal

³ Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI
- carcinoame uterine - adulți**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Stadializarea sau restadializarea bolnavelor cu carcinoame uterine (col/endometru) considerate apte pentru intervenție chirurgicală exenterativă
3. Stadializarea bolnavelor cu cancer de col uterin suspionate a avea boală avansată local (cu leziuni suspecte, cum ar fi adenopatii pelvine anormale la examen RMN) sau cu risc crescut pentru adenopatii para-aortice sau leziuni metastatice la distanță
4. Suspiciune de recidivă de carcinom de col uterin sau carcinom endometrial cu examene radiologice care să sugereze evoluția bolii.

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Evaluarea reluării evoluției bolii la pacienții cu tumori nonseminomatoase, seminomatoase sau teratom, cu markeri tumorali crescuți sau în creștere și/sau investigații imagistice echivoce sau normale
3. Evaluarea maselor reziduale postterapeutic la pacienții cu tumori nonseminomatoase, seminom sau teratom.

³ Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

NOTĂ: Teratoamele mature diferențiate pot să nu capteze FDG și nu pot fi excluse în cazul unei investigații PET-CT negative.

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI
- carcinoamele anale, vulvare și peniene - adulți**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Stadializarea cazurilor selectate pentru tratament radical și care au investigații imagistice echivoce

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Stadializarea bolnavilor cu Limfom Hodgkin sau cu limfoame non-Hodgkin agresive
3. Evaluarea de etapă a răspunsului la tratament la bolnavii cu limfom Hodgkin sau cu limfoame non-Hodgkin agresive, după două – trei cicluri de chimioterapie
4. Stadializarea bolnavilor cu limfom folicular în stadii incipiente, considerate eligibile pentru radioterapie
5. Evaluarea răspunsului la tratament la bolnavii cu limfom Hodgkin sau cu limfoame non-Hodgkin agresive

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

6. Evaluarea suspiciunii de recidivă la bolnavii simptomatici cu limfoame Hodgkin și limfoame non-Hodgkin cu examen CT/RMN neconcludent
7. Evaluarea bolnavilor pretransplant pentru aprecierea masei tumorale și a oportunității transplantului
8. Stadializarea suspiciunii de recidivă posttransplant
9. Evaluarea răspunsului la tratamentul de linia a doua și la tratamentele ulterioare la bolnavii cu limfoame averse FDG
10. Excluderea afectărilor sistemice în limfoamele cutanate
11. Determinarea extensiei și identificarea locului potrivit pentru biopsie la bolnavii cu limfoame cu grad de malignitate scăzut la care este suspectată transformarea în limfom cu grad înalt de malignitate.

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.

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient:
2. Evaluarea bolnavilor cu plasmocitom, aparent solitar sau la bolnavii cu leziuni osteolitice ambigue
3. Suspiciunea de recidivă la bolnavii cu mielom nesecretant sau cu boală predominant extramedulară

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI
- melanomul malign - adulți**

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: recomandare intrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Leziuni metastatice cu indicație chirurgicală (ganglionare sau metastaze la distanță)
3. Melanom cu ganglion santinelă pozitiv

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Stadializarea sarcoamelor de părți moi, de grad histologic înalt, dacă nu există deja evidența prezenței metastazelor, în special sarcoamele Ewing, rbdomiosarcoame, leiomiosarcoame, osteosarcoame, histiocitom fibros malign, sinoviosarcoame și liposarcoame mixoide
3. Stadializarea bolnavilor cu sarcoame metastatice având indicație de metastazectomie hepatică sau pulmonară, atunci când investigațiile imagistice nu au evidențiat determinări extrahepatice sau extrapulmonare care să contraindica intervenția chirurgicală

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

4. Evaluarea răspunsului la tratament în sarcoamele de grad înalt
5. Evaluarea indicației de amputație în sarcoamele de grad înalt, pentru excluderea determinărilor metastatice la distanță
6. Evaluarea inițială (stadializarea) și a răspunsului la chimioterapie în osteosarcoame
7. Stadializarea inițială și evaluarea răspunsului la tratament la bolnavii cu sarcom Ewing și examen scintigrafic osos negativ.

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.

Cod formular specific: PET-CT-A.21

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI
- tumori neuroendocrine - adulți**

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: recomandare intrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Evaluarea beneficiului terapeutic la încheierea tratamentului sau evaluare postoperatorie
3. Evaluarea determinărilor multifocale la bolnavii cu paragangliom propuși pentru intervenție chirurgicală

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI**

- localizarea carcinoamelor oculte la bolnavii cu metastaze cu punct de plecare neprecizat - adulți

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Detecția localizării primare în situația în care investigațiile imagistice sunt neconcludente

³ Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII
- limfom Hodgkin - copii**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore
2. Criterii clinice:
 - 2.1. Stadializare
 - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament după 2/4 cicluri de chimioterapie

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

2.3. Evaluare pre- și postprocedură terapeutică de chimioterapie cu doze mari și transplant autolog de celule stem

2.4. Evaluarea răspunsului la tratament la finalizarea tratamentului oncologic

2.5. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII
- limfom non-Hodgkin- copii**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore
2. Criterii clinice:
 - 2.1. Stadializare
 - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament
 - 2.3. Evaluare pre- și postprocedură terapeutică de chimioterapie cu doze mari și transplant autolog de celule stem

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

2.4. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII
- sarcoame de țesuturi moi - copii**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore
2. Criterii medicale:
 - 2.1. Stadializare
 - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament, în cursul tratamentului multimodal (pre-operator, pre-radioterapie), la finalizarea tratamentului oncologic
 - 2.3. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII
- osteosarcom - copii**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore
2. Criterii clinice:
 - 2.1. Stadializare
 - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament
 - 2.3. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII
- sarcom Ewing - copii**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore
2. Criterii clinice:

2.1. Stadializare

2.2. Evaluarea răspunsului la tratament, în cursul tratamentului multimodal (preoperator, preradioterapie), la finalizarea tratamentului oncologic

2.3. Evaluare pre- și postprocedură terapeutică de chimioterapie cu doze mari și transplant autolog de celule stem

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

2.4. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII
- neuroblastom - copii**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore
2. Criterii medicale:
 - 2.1. Stadializare
 - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

2.3. Evaluare pre- și postprocedură terapeutică de chimioterapie cu doze mari și transplant autolog de celule stem

2.4. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII
- tumori cu celule germinale (toracice, abdominale, gonadale) - copii**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore
2. Criterii medicale:
 - 2.1. Stadializare
 - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament
 - 2.3. Evaluare pre- și postprocedură terapeutică de chimioterapie cu doze mari și transplant autolog de celule stem
 - 2.4. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII
- histiocitoză cu celule Langerhans - copii**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală*):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la" .

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore
2. Criterii clinice:
 - 2.1. Evaluare preterapeutică
 - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament
 - 2.3. Evaluare pre- și postprocedură terapeutică de chimioterapie cu doze mari și transplant autolog de celule stem

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

2.4. Suspiciune de recidivă/reluare de evoluție evidențiată prin alte investigații imagistice

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.

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore
2. Criterii medicale:
 - 2.1. Stadializare
 - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament (pre/postoperator)
 - 2.3. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII
- tumori renale maligne - copii**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore
2. Criterii medicale:
 - 2.1. Stadializare
 - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament
 - 2.3. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

³ Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII
- malignitate cu sediu primar necunoscut- copii**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU Glicemie:	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore
2. Criterii clinice:
 - 2.1. Localizarea tumorii primare
 - 2.2. Stadializare
 - 2.3. Evaluarea răspunsului la tratament
 - 2.4. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII
- tumori rare la copil, specifice adultului - copii**

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: recomandare intrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fara a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
 - Radioterapie:
 - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore****2. Criterii clinice:**

NOTĂ: Îndeplinește criteriile de eligibilitate, care sunt aceleași ca la tumorile adultului, în funcție de diagnostic

- **CANCER COLORECTAL**

2.1. Stadializarea bolnavilor cu metastaze sincrone operabile la momentul diagnosticului

2.2. Stadializarea preoperatorie în cancerul rectal

³Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

2.3. Restadializarea bolnavilor cu:

- recidive considerate rezecabile *și/sau*
- leziuni metastatice considerate rezecabile

2.4. Detectia recidivelor la bolnavii cu:

- markeri tumorali în creștere *și/sau*
- suspiciune clinică de recidivă cu investigații imagistice normale sau echivoce

2.5. Evaluarea maselor tumorale presacrate posttratament în cancerul de rect.

● CANCER BRONHOPULMONAR

a) Cancer pulmonar cu celule *non small* (NSCLC)

2.1. Stadializarea bolnavilor considerați eligibili pentru intervenție chirurgicală:

- în mod specific bolnavii cu adenopatii mediastinale < 1 cm la examenul CT *sau*
- adenopatii mediastinale între 1-2 cm la examenul CT *sau*
- bolnavi cu leziuni echivoce care ar putea reprezenta metastaze (ex. mărirea de volum a glandei suprarenale)

2.2. Caracterizarea unui nodul pulmonar solitar cu dimensiuni > 1 cm:

- în special în cazul unei biopsii eșuate *sau*
- în cazul în care există un risc crescut de pneumotorax la bolnavii cu comorbidități medicale

2.3. Evaluarea suspiciunii de: - recidivă a bolii *sau*

- reluare a evoluției bolii clinic și imagistic.

b) Cancer pulmonar cu celule mici (SCLC)

2.1. Stadializarea bolnavilor cu cancer pulmonar cu celule mici (SCLC)

- cu boala limitată la examenul CT
- considerați apți pentru terapie radicală

● NEOPLAZII ALE CAPULUI ȘI GÂTULUI

2.1. Identificarea tumorii primare la pacienții diagnosticați clinic cu:

- Adenopatie laterocervicală unică
- Examen histopatologic de carcinom scuamos metastatic
- Fără detecție a localizării primare prin alte metode imagistice (CT, IRM)

2.2. Evaluarea răspunsului la tratament la 3-6 luni după radiochimioterapie la pacienții cu mase tumorale reziduale

2.3. Diagnosticul diferențial al recidivei tumorale suspectate clinic, față de efectele locale ale radioterapiei.

- MELANOM MALIGN

2.1. Leziuni metastatice cu indicație chirurgicală (ganglionare sau metastaze la distanță)

2.2. Melanom cu ganglion sentinelă pozitiv

- NEOPLASM ESOFAGIAN

2.1. Stadializarea cazurilor cu indicație chirurgicală radicală incluzând bolnavii care au primit tratament neoadjuvant

2.2. Evaluarea suspiciunii de recidivă la bolnavii cu investigații radiologice negative sau echivoce

- NEOPLASM GASTRIC

2.1. Stadializarea cazurilor cu indicație chirurgicală cu intenție de radicalitate

2.2. Reevaluarea cazurilor:

- cu suspiciune de recidivă
- potențial operabile
- cu investigații radiologice: - neconcludente *sau*
 - negative

- NEOPLASM PANCREATIC

2.1. Stadializarea cazurilor cu indicație chirurgicală cu intenție de radicalitate și investigații imagistice neconcludente

2.2. Reevaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă cu investigații imagistice echivoce sau negative

NOTĂ: aproximativ 30% din cazurile de adenocarcinom pancreatic pot să nu capteze glucoza radiomarcată (FDG).

- CANCER TIROIDIAN

2.1. a) Detectia bolii reziduale *sau*

b) Detectia recidivei cancerului tiroidian papilar folicular:

- cu nivele crescute de tireoglobulină și/sau
- cu nivele crescute de antitireoglobulină și
- scintigramă cu radioiod negativă

2.2. Evaluarea evoluției carcinomului medular tiroidian tratat:

- asociat cu nivele de calcitonină normale sau crescute
- investigații imagistice: normale sau echivoce
- CT - scintigrafie osoasă
- RMN - scintigrafie cu octreotide

2.3. În caz de nivel crescut de tireoglobulină/antitireoglobulină și scintigramă cu radioiod negativă

a) Detectia bolii reziduale *sau*

b) Detecția recidivei cancerului tiroidian papilar.

- GIST

2.1. Stadializarea preterapeutică a bolnavilor care vor necesita, probabil, terapie sistemică

2.2. Evaluarea răspunsului la terapia sistemică

- TUMORI NEUROENDOCRINE

2.1. Evaluarea beneficiului terapeutic la încheierea tratamentului sau evaluare postoperatorie

2.2. Evaluarea determinărilor multifocale la bolnavii cu paragangliom propuși pentru intervenție chirurgicală

- NEOPLASM DE OVAR

2.1. Evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă în urma unor:

- valori crescute ale markerului tumoral CA 125

- investigații imagistice negative sau echivoce

2.2. Evaluarea cazurilor cu suspiciune imagistică de reluare a evoluției bolii, cu CA 125 normal

- CANCER MAMAR

2.1. a) Evaluarea leziunilor multifocale *sau*

- b) Evaluarea suspiciunii de recurență la pacienți cu sâni denși la examen mamografic

2.2. Diagnostic diferențial al plexopatiei brahiale induse de tratament față de invazia tumorală la pacienți cu examen RMN echivoc sau normal

2.3. Evaluarea extensiei bolii la pacienții cu tumori avansate loco-regional

2.4. a) Stadializarea cazurilor cu suspiciune de leziuni de recidivă *sau*

- b) Stadializarea cazurilor cu suspiciune de metastaze la distanță:

- în urma unor rezultate crescute ale examenelor de laborator (CA 15-3, fosfataza alcalină), *sau*

- suspiciune clinică cu investigații imagistice neconcludente sau negative

2.5. Evaluarea răspunsului la chimioterapie la pacienții a căror evoluție nu poate fi demonstrată utilizând alte tehnici (ex. metastazele osoase).

- CARCINOM OCULT

2.1. Detecția localizării primare în situația în care investigațiile imagistice sunt neconcludente

- CARCINOM TIMIC

2.1. Stadializarea bolnavilor considerați operabili

2.2. Evaluarea leziunilor timice incerte dacă sunt considerate a beneficia de tratament radical

- MIELOAME

- 2.1. Evaluarea bolnavilor cu plasmocitom, aparent solitar sau la bolnavii cu leziuni osteolitice ambigue
- 2.2. Suspiciunea de recidivă la bolnavii cu mielom nesecretant sau cu boală predominant extramedulară

- NEOPLAZII PLEURALE MALIGNNE

- 2.1. Pentru **ghidajul biopsiei**:

- la bolnavii cu suspiciune de leziune pleurală malignă cu îngroșare pleurală

- *Nota: FDG (glucoză radiomarcată) utilitate mai mică: - la pacienții doar cu revărsat pleural

- la pacienții cu istoric de pleurodeză

- 2.2. Pentru **excluderea diseminării extratoracice** la pacienții cu mezoteliom propuși pentru terapie multimodală care include chirurgie radicală /decorticare.

- TUMORI GENITALE (carcinoame anale, vulvare, peniene)

- 2.1. Stadializarea cazurilor selectate pentru tratament radical și care au investigații imagistice echivoce

- TUMORI MUSCULOSCHELETALE

- 2.1. Stadializarea sarcoamelor de părți moi, de grad histologic înalt, dacă nu există deja evidența prezenței metastazelor, în special sarcoamele Ewing, rabdomiosarcoame, leiomiosarcoame, osteosarcoame, histiocitom fibros malign, sinoviosarcoame și liposarcoame mixoide

- 2.2. Stadializarea bolnavilor cu sarcoame metastatice având indicație de metastazectomie hepatică sau pulmonară, atunci când investigațiile imagistice nu au evidențiat determinări extrahepatice sau extrapulmonare care să contraindica intervenția chirurgicală

- 2.3. Evaluarea răspunsului la tratament în sarcoamele de grad înalt

- 2.4. Evaluarea indicației de amputație în sarcoamele de grad înalt, pentru excluderea determinărilor metastatice la distanță

- 2.5. Evaluarea inițială (stadializarea) și a răspunsului la chimioterapie în osteosarcoame

- 2.6. Stadializarea inițială și evaluarea răspunsului la tratament la bolnavii cu sarcom Ewing și examen scintigrafic osos negativ.

- CARCINOAME UTERINE

- 2.1. Stadializarea sau restadializarea bolnavilor cu carcinoame uterine (col/endometru) considerate apte pentru intervenție chirurgicală exenterativă

- 2.2. Stadializarea bolnavilor cu cancer de col uterin suspecionate a avea boală avansată local (cu leziuni suspecte, cum ar fi adenopatii pelvine anormale la examen RMN) sau cu risc crescut pentru adenopatii para-aortice sau leziuni metastatice la distanță

2.3. Suspiciune de recidivă de carcinom de col uterin sau carcinom endometrial cu examene radiologice care să sugereze evoluția bolii.

3. Diagnostic:

- cancer colorectal
- cancer bronhopulmonar
- neoplazii ale capului și gâtului
- melanom malign
- neoplasm esofagian
- neoplasm gastric
- neoplasm pancreatic
- cancer tiroidian
- tumori stromale gastrointestinale (GIST)
- tumori neuroendocrine
- neoplasm de ovar
- alte neoplazii decât tumori cu celule germinale: cancer mamar, carcinom ocult, carcinom timic, mieloame, neoplazii pleurale maligne, tumori genitale, tumori musculoscheletale, carcinoame uterine).

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.

FORMULAR PENTRU VERIFICAREA ELIGIBILITĂȚII PENTRU TRATAMENT
CHIRURGICAL SAU EXPLORARE INVAZIVĂ A CREIERULUI LA PACIENȚII CU EPILEPSIE
REFRACTARĂ LA TRATAMENTUL MEDICAMENTOS PRIN PET-CT ADULȚI

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (variante 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. **Diagnostic clinic** (a se menționa forma clinică și etiologia epilepsiei):.....
2. **Stadiul bolii** (tipul și frecvența crizelor în ultimul an):.....
3. **Tratament actual**:.....
4. **Tratamente anterioare**:.....
5. **Paraclinic**:
 - Rezultat IRM cerebral protocol epilepsie:.....
 - Rezultat examen video-electroencefalografic EEG:.....
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. **Atenționări și riscuri**:

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient
2. Epilepsii focale rezistente la tratament IRM negative
3. Epilepsii focale IRM pozitive în care leziunea IRM nu concordă cu datele clinice/EEG sau cu leziuni nespecifice IRM
4. Delimitarea limitelor rezecției în cazuri neclare înainte sau după SEEG.

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.

³ Se completeaza si se incercuiesc criteriile care corespund situatiei clinico-biologice a pacientului la momentul completarii formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU EPILEPSIE
REFRACTARĂ LA TRATAMENTUL MEDICAMENTOS, PRIN PET-CT COPII**

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: recomandare întrerupere

8. Cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală*):

9. Examen PET/CT anterior: DA NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT¹:

de la: până la:

11. Data întreruperii² formularului

¹ Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

² Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II³ - DATE MEDICALE**I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic:
- Pentru susținerea diagnosticului de epilepsie focală
 - Descriere semiologie crize:.....
 -
 - rezultat EEG.....
 - rezultat IRM cerebral.....
 -
2. Tratamente antiepileptice anterioare:.....
3. Tratamentul actual:.....
4. Frecvența crizelor în prezent:.....
5. Motivele recomandării PET-CT:.....
 - bilanț prechirurgical pentru chirurgia epilepsiei
 - altele - detaliați.....
6. Comorbidități:.....
-
7. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore
2. Epilepsii focale rezistente la tratament IRM negative
3. Epilepsii focale IRM pozitive în care leziunea IRM nu concordă cu datele clinice/EEG sau cu leziuni nespecifice IRM

³ Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

4. Bolnavi cu vârsta < 2 ani cu encefalopatii epileptice cu elemente de focalizare clinice sau EEG, IRM negative

5. Delimitarea limitelor rezecțiilor în cazuri neclare înainte sau după SEEG.

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.

