

Cod formular specific: L01XC12

FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI BRENTUXIMAB VEDOTIN

SECȚIUNEA I - DATE GENERALE

1. Unitatea medicală:

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

3. Cod parafă medic:

4. Nume și prenume pacient:

CNP / CID:

5. FO / RC: în data:

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

7. Tip evaluare: inițiere continuare întrerupere

8. Încadrare medicament recomandat în Listă:

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

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

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

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

2)..... DC (după caz)

10. *Perioada de administrare a tratamentului: 3 luni 6 luni 12 luni,

de la:

11. Data întreruperii tratamentului:

12. Pacientul a semnat declarația pe propria răspundere conform modelului prevăzut în Ordin:

DA NU

*Nu se completează dacă la "tip evaluare" este bifat "întrerupere"!

A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)

1. **Diagnostic:** a) Limfom Hodgkin CD30+ DA NU
 b) Limfom anaplastic cu celule mari sistemic (LACMs) DA NU
2. **Limfom Hodgkin CD30+recidivat după transplant** de celule stem autologe (TCSA) → adulți DA NU
3. **Limfom Hodgkin CD30+ refractar după transplant** de celule stem autologe (TCSA) → adulți DA NU
4. **Limfom Hodgkin CD30+recidivat după cel puțin două tratamente** anterioare, când TCSA sau chimioterapia cu mai multe medicamente nu reprezintă o opțiune de tratament → adulți DA NU
5. **Limfom Hodgkin CD30+refractar după cel puțin două tratamente** anterioare, când TCSA sau chimioterapia cu mai multe medicamente nu reprezintă o opțiune de tratament → adulți DA NU
6. **Limfom Hodgkin CD30+** care prezintă **risc crescut de recidivă sau progresie după TCSA** → adulți DA NU
7. **Limfom anaplastic cu celule mari sistemic (LACMs), recidivat** → adulți DA NU
8. **Limfom anaplastic cu celule mari sistemic (LACMs), refractar** → adulți DA NU
9. Metoda de diagnostic:
- a. Hemoleucograma+FL
- b. ex. histopatologic + imunohistochimie
- c. Punctie-biopsie osoasa + imunohistochimie
- d. glicemie
- e. probe hepatice (transaminaze; FAS)
- f. albumina
- g. LDH
- h. proteina C reactiva
- i. probe renale
- j. testare virusuri hepatitice B si C
- k. computer tomograf sau PET-CT
- l. consult cardiologic
- m. ex. neurologic
10. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Administrare bleomicină

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)

1. Metoda de evaluare: DA NU
- a. Hemoleucograma+FL
 - b.glicemie
 - c. probe hepatice (transaminaze; FAS)
 - d. albumina
 - e. LDH
 - f. proteina C reactiva
 - g. probe renale

2. Evoluția sub tratament DA NU
- favorabilă
 - staționară
 - progresie

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

- 1. Intoleranța la tratament
- 2. Toxicitate inacceptabilă
- 3. Leucoencefalopatiemultifocală progresivă
- 4. Complanța foarte scăzuta
- 5. Progresie de boală (lipsă răspuns)
- 6. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
- 7. Deces
- 8. Alte cauze

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.