

Cod formular specific: L01XE14

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

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)

Linia a 2-a și ≥ 2

 DA NU

1. **Diagnostic:** Leucemie mieloidă cronică (LMC) cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) și/sau BCR-ABL pozitiv

 DA NU

2. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) și/sau BCR-ABL pozitiv **tratăată anterior cu unul sau mai mulți** inhibitori de tirozinkinază și la care **administrarea de imatinib, nilotinib și dasatinib nu este considerată o opțiune** terapeutică adecvată → adulți

 DA NU

3. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază accelerată** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) și/sau BCR-ABL pozitiv **tratăată anterior cu unul sau mai mulți** inhibitori de tirozinkinază și la care **administrarea de imatinib, nilotinib și dasatinib nu este considerată o opțiune** terapeutică adecvată → adulți

 DA NU

4. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază blastica** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) și/sau BCR-ABL pozitiv **tratăată anterior cu unul sau mai mulți** inhibitori de tirozinkinază și la care **administrarea de imatinib, nilotinib și dasatinib nu este considerată o opțiune** terapeutică adecvată → adulți

 DA NU

5. Tratament anterior:

 DA NUa) imatinib b) dasatinib c) nilotinib

6. Metoda de diagnostic:

 DA NUa. Hemoleucograma+FL b. ex. medular c. ex citogenetic (Ph1+) d. ex molecular (bcr-abl) e. ex imunofenotipic f. probe hepatice g. probe renale h. evaluare cardiologica

4. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient

 DA NU**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**1. Insuficiență hepatică

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

1. Metoda de evaluare:

DA NU

a. Hemoleucograma+FL

b. probe hepatice (transaminaze, bilirubina)

c. probe renale

d. evaluare cardiologică

2. Evoluția sub tratament

DA NU

- favorabilă

- staționară

- progresie

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare

2. Toxicitate inacceptabilă

3. Deces

4. 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.