**Cod formular specific: L004C.2**

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

**- indicația cancer colorectal -**

**SECŢIUNEA I - DATE GENERALE**

**1.Unitatea medicală**: ……………………………………………………………………………...…….

**2. CAS / nr. contract:** ……………./…………………

**3.Cod parafă medic**:

**4.Nume şi prenume pacient**: …………………………………….………………………………..……

**CNP / CID**:

**5.FO / RC**: **d în data**:

**6.S-a completat** “**Secţiunea II- date medicale**“ **din Formularul specific cu codul**: ..…….....………

**7.Tip evaluare**: iniţiere continuare întrerupere

**8.Încadrare medicament recomandat în Listă**:

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

PNS (sublista C secţiunea C2), nr. PNS: , cod de diagnostic (v*arianta 999 coduri de boală)*, după caz:

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

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

2)…………………………………. **DC** (după caz) ……………………………...

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

**de la**: **până la**:

**11. Data întreruperii tratamentului**:

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

DA NU

\*Nu se completează dacă la “**tip evaluare**“ este bifat “**întrerupere**”!

**SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE** *Cod formular specific* ***L004C.2***

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**
2. Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnatăde pacient: DA NU
3. Diagnostic de cancer de colon sau rect confirmat histopatologic: DA NU
4. Stadiu metastatic confirmat radiologic CT/ RMN/ PET/CT/ \_/-scintigrafieosoasă:

DA NU

- Tratament de linia I a sau

- Tratament de linia a doua la pacienţii cărora nu li s-a administrat anterior bevacizumab sau

- Tratament de linia a doua la pacienţii cu o prima progresie sub tratament de linia Ia cu bevacizumab + chimioterapie sau

- Tratament de menţinere (bevacizumab în asociere cu un regim chimioterapic care include fluoropirimidina) la pacienţii cu beneficiu terapeutic după tratament de linia Ia sau linia a IIa

1. Probe biologice care sa permită administrarea tratamentului în asociere cu chimioterapie în condiții de siguranță: DA NU

-neutrofile ≥ 1,5x109/L, trombocite ≥ 100x109/L și Hemoglobină ≥ 9g/L, bilirubina serică ≤ 1,5xLSN, fosfataza alcalină ≤ 2,5xLSN sau ≤ 5xLSN în prezența metastazelor hepatice; ALT și AST ≤ 2,5xLSN sau ≤ 5xLSN în prezența metastazelor hepatice; creatinină serică ≤1,5xLSN sau clearance al creatininei > 50 mL/min

1. Indice de performanţă ECOG 0-2: DA NU
2. Pacienţi cu vârsta peste 18 ani: DA NU
3. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
4. Hipersensibilitate cunoscută la substanţa activă: DA NU
5. Status de performanţă ECOG≥3: DA NU
6. Istoric de boală cardiacă: DA NU

- Insuficienţă cardiacă >clasa II NYHA

- Boală ischemică acută ( Infarct miocardic acut în ultimele 6 luni)

- Hipertensiune necontrolată medicamentos

1. Intervenţie chirurgicală majoră în ultimele 28 zile DA NU
2. Sarcină/alăptare DA NU

1. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**
2. Tratamentul cu **BEVACIZUMABUM** a fost iniţiat la data de:

Originalul dosarului pacientului, împreună cu toate documentele anexate (evaluări clinice și buletine de laborator sau imagistice, consimțământul informat, declarația pe propria răspundere a pacientului, formularul specific, confirmarea înregistrării formularului etc.), constituie documentul-sursă față de care, se poate face auditarea/controlul datelor completate în formular.

1. Statusul bolii la data evaluării:
2. Remisiune completă
3. Remisiune parțială
4. Boală staționară
5. Post progresie (tratament anterior cu bevacizumab)
6. Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului: DA NU
7. Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului: DA NU

1. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
2. Progresia bolii
3. Deces
4. Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile
5. Decizia medicului, cauza: …………………………...
6. Decizia pacientului, cauza: ………………………….

*Pentru ca un pacient sa fie eligibil pentru tratamentul cu bevacizumab, trebuie să îndeplinească simultan toate criteriile de includere (DA) şi excludere (NU),cu excepţia pct 3 de la lit B unde se alege un singur răspuns.*

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

Data: Semnătura şi parafa medicului curant