

**FIȘĂ DE SOLICITARE A TERAPIEI BIOLOGICE PENTRU PACIENȚII CU BOLI INFLAMATORII
INTESTINALE NESPECIFICE (BOALA CROHN, RECTOCOLITA ULCERO-HEMORAGICĂ,
COLITA NEDETERMINATĂ)**

PACIENT:

Nume: **Prenume:**

CNP:

ASIGURAT LA CAS.....

Pacientul este internat in sectia de gastroenterologie **cu FO nr**.....

DIAGNOSTIC.....

SEVERITATE.(scor CDAI sau UCDAI).....

EXTENSIE/LOCALIZARE/scor endoscopic(CU).....

FORMA CLINICO-EVOLUTIVĂ.....

COMPLICAȚII.....

SOLICITARE IN REGIM* **DE URGENTĂ** **NORMAL**

TRATAMENT SOLICITAT

- INFLIXIMAB
 - INDUCȚIE.....mg la S0,S2,S6
 - MENȚINERE.....mg lasăpt interval
- ADALIMUMAB
 - INDUCȚIE.....mg la s0 și s4
 - MENȚINERE.....mg la.....săpt interval

Greutatea pacientului: kg

Tratamente imunosupresoare anterioare efectuate (se vor preciza medicamentele, dozele si intervalul de tratament):

.....
.....
.....

Data primei administrări:

Anexăm următoarele buletine de analiză (se va bifa căsuța corespunzătoare):

- hemograma VSH PCR AgHBs Ac anti-VHC HIV Endoscopie digestivă examen histopatologic
- ex. videocapsulă enteroCT/RMN Ecografie endorectală examen Pansdorf examen chirurgical
- aviz pneumolog buletin IDR/QUANTIFERON TB GOLD test buletin radiografie pulmonară
- Referat medic curant Consimțământul scris

BILANT BIOLOGIC

	INDUCȚIE		MENȚINERE			
	Săpt. 0	Săpt. 14	6 luni	12 luni	18 luni	24 luni
Hemoglobina (hematocrit)						
Leucocite						
Trombocite						
VSH						
PCR						
Ag HBs						
Ac VHC						
HIV						
Reacții adverse						

- Se vor anexa în copie toate buletinele de analiză (conforme cu cele originale)
- Pentru pacienții cu afecțiuni asociate bolilor inflamatorii intestinale nespecifice se vor anexa avizele medicului specialist (pentru afecțiunea respectivă), în vederea inițierii sau continuării terapiei
- Referatul medicului prescriptor și Consimțământul scris al pacientului sunt obligatorii
 - Vor fi menționate și raportate toate reacțiile adverse apărute în intervalul precedent

Se solicită întreruperea tratamentului din următoarele motive:

.....
.....
.....
.....

Subsemnatul Dr....., în calitate de medic prescriptor, îmi asum răspunderea pentru tratamentul solicitat, pentru veridicitatea informațiilor despre pacientul meu și declar că acesta îndeplinește *Criteriile de recomandare a terapiei biologice în bolile inflamatorii intestinale* din protocolul elaborat de CNAS și nu prezintă contraindicații pentru terapia cu agenți biologici. Anexez Consimțământul informat al pacientului și Referatul medical.

Data Semnătura și parafa medicului prescriptor

Sef sectie/clinica de gastroenterologie*

Data..... Avizul medicului coordonator