

Data depunerii dosarului
la CAS:.....

Avizat Comisie CAS
Data:.....

**CRITERII DE PRIORITATE A PACIENȚILOR
PENTRU ÎNȚIEREA TRATAMENTULUI CU AGENTI BIOLOGICI**

Foaie de calcul al scorului de gravitate : SPONDILITĂ ANCHILOZANTĂ

Nume: Prenume:

CNP:

Bifați căsuța corespunzătoare criteriului prezent:

Factor	Interval	Punctaj	Puncte acordate	
Vârsta	> 55 ani	0 p		
	35 – 55 ani	1 p		
	18 – 35 ani	2 p		
BASDAI	< 6	0 p		
	6 - 8	1 p		
	> 8	2 p		
CRP	< 2 x valoare normală	0 p		
	(2 - 4) x valoare normală	1 p		
	> 4 x valoare normală	2 p		
Stadiu boală	IV	0 p		
	III	1 p		
	II / I	2 p		
Terapii urmate anterior	Forma axială	2 AINS	0 p	
		3 AINS	1 p	
		> 3 AINS	2p	
	Forma periferică	2 AINS + SSZ	0 p	
		> 2 AINS + SSZ	1 p	
	CORTICOTERAPIE intraarticular	1 p		
Manifestări extraarticulare	uveită	1 p		
	boala inflamatorie intestinală	1 p		
	psoriazis	1 p		
Afectare a articulațiilor coxofemorale	articulația c-fem stg	1 p		
	articulația c-fem dr	1 p		
TOTAL				

Medic curant :

Data :

Semnătură :