

ANEXA 1**FISĂ DE SOLICITARE A TERAPIEI BIOLOGICE PENTRU PACIENTII 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

| | INDUCTIE | | MENTINERE | | | |
|--------------------------|----------|----------|-----------|---------|---------|---------|
| | 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 recomandat, 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.

Unitatea Sanitară.....

Data Semnătura și parafa medicului prescriptor

Data..... Avizul medicului coordonator de la nivelul CAS