

**SUBCOMISIA CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU APROBAREA TRATAMENTULUI ÎN TUMORILE NEUROENDOCRINE**

**FISA PACIENTULUI**

cu tumoră neuroendocrină supus tratamentului cu acetat de lanreotida (Somatuline PR)

**1. Date de identificare**

a. Numele si prenumele pacientului \_\_\_\_\_

Data nasterii (zi, luna, an) \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_

Domiciliul \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

b. Diagnostic: \_\_\_\_\_

c. Părinte sau susținător legal ( numele ) \_\_\_\_\_

Calitatea \_\_\_\_\_ Domiciliul \_\_\_\_\_

d. Medic curant (numele si prenumele) \_\_\_\_\_

Specialitatea \_\_\_\_\_ institutia (denumirea, adresa,  
telefon/fax,e-mail)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e. Medic de familie (nume si prenume) \_\_\_\_\_

Unde poate fi contactat \_\_\_\_\_

## **2. Consimțământul informat al pacientului**

**Subsemnatul**

*declar ca am fost informat asupra procedurilor, manevrelor si a efectelor terapeutice si adverse ale tratamentului si sunt de acord cu tratamentul propus.*

**Semnatura**

## **3. Criteriile de includere in tratament**

### **A. Diagnostic anatomo patologic de tumoră neuroendocrină**

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

### **B. Preoperator pentru pacienții cu diagnosticul de tumoră neuroendocrină**

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

### **C. Perioperator pentru pacienții cu diagnosticul de tumoră neuroendocrină**

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

### **D. Postoperator pentru pacienții cu diagnosticul de tumoră neuroendocrină** Cromogranina A(valori sanguine).....

Histamina.....

Serotonină.....

Simptomatologie care indică reapariția sindromului carcinoid.....

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

**Parametri de evaluare minimă și obligatorie pentru inițierea tratamentului cu Lanreotidum ( evaluări nu mai vechi de 6 luni) :**

A. Caracteristici clinice de sindrom carcinoid , certificate de :

- Cromogranina A.....
- 5.- HIIA urinar.....

- Metanefrina.....
- Catecolamine.....
- Creatinină.....
- Gastrină.....
- Somatulină.....
- Insulină.....
- ACTH.....
- Prolactină.....
- Calcitonină.....
- TSH.....
- PTH.....
- LH/FSH.....
- Enolază neuronală specifică.....

(Se vor completa în conformitate cu protocolul terapeutic)

- Confirmarea masei tumorale ( CT sau MRI).....
- .....  
.....  
.....

- Diagnosticul anatomopatologic de tumoră neuroendocrină
- .....  
.....  
.....

Sinteza istoricului cu precizarea complicațiilor (susținute prin documente anexcate) a terapiei următe și a contraindicațiilor terapeutice (susținute prin documente anexate)

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

.....  
.....  
. Evaluări complementare (*nu mai vechi de 6 luni*) obligatoriu prezente în dosarul pacientului pentru inițierea tratamentului cu lanreotida:

Glicemie

hemoglobină glicozilată (la pacienții diabetici)

profil lipidic

transaminaze

uree

creatinina

***Dozări hormonale:***

Prolactina

cortizol plasmatic bazal

fT4

TSH

gonadotropi + Estradiol (la femei de vîrstă fertila) sau gonadotropi + Testosteron 8-9 a.m. (la bărbați).

***Ecografie colecist***

**4. CRITERII DE PRIORITIZARE PENTRU PROGRAMUL CNAS A TRATAMENTULUI CU LANREOTIDA**

. Complicații pacient

- Biochimie Generală – *Criterii pentru complicații metabolice*  
Glicemie.....

hemoglobină glicozilată.....

profil lipidic.....

fosfatemie.....

- Transaminaze.....
  - Consult cardiologic clinic, echocardiografie și EKG- *criterii pentru complicațiile cardiovasculare*
- .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Analize hormonale pentru evaluarea tipului hormonal- *criterii de complicații endocrine*

## 5 Schema terapeutică a pacientului cu tumoră neuroendocrină

## 6. CRITERII DE EVALUARE A EFICACITĂȚII TERAPEUTICE

Perioadele de timp la care se face evaluarea: 3, 6 și 12 luni

. simptomatologie controlată .....

.....

cromogranina A .....

5- HIIA urinar.....

complicații evolutive sub tratament .....

Notă : monitorizarea tratamentului va fi făcută în conformitate cu protocolul terapeutic elaborate de MSP ( ordin comun MSP/CNAS nr. 1301/500/2008)

Semnătura, parafa medic curant

Data \_\_\_\_\_ Semnătura și parafa \_\_\_\_\_