

IMATINIBUM

Indicatii:

A. LMC(leucemie mieloida cronica)Ph1+:

▪ imatinib (glivec)

- adulti:
 - LMC Ph1+ - faza cronica /accelerata, nou diagnosticata, la care TMO nu e considerat tratament de prima linie
 - LMC Ph1+ în fază cronică/accelerata după eșecul tratamentului cu alfa-interferon

▪ imatinib (generic)

- copii si adolescenti:
 - LMC Ph1+ faza cronica recent diagnosticata la care transplantul de măduvă osoasă nu este considerat un tratament de primă linie. - TERAPIE DE PRIMA LINIE
 - LMC Ph1+ faza cronica dupa esecul terapiei cu alfa-IFN
 - LMC Ph1+ faza accelerata/faza blastica
- adulti:
 - LMC Ph1+ faza blastica

B. LAL (leucemie acuta limfoblastica) Ph1+:

▪ imatinib (generic)

- adulti
 - LAL Ph1+ recent diagnosticata (asociat cu chimioterapie)
 - LAL Ph1+ recidivanta/refractara (monoterapie)
- copii / adolescenti:
 - LAL Ph1+ recent diagnosticata (asociat cu chimioterapie)

C. SMD/SMPC + recombinarea genei factorului de crestere derivate din trombocit (FCDP-R)

▪ adulti - imatinib (generic)

D. Sindrom hipereozinofilic avansat (SHE) si/sau leucemie eozinofilica cronica (LEC)+recombinare FIP1L1-FCDP-Ra

▪ adulti - imatinib (generic)

Documente necesare:

INITIERE TRATAMENT:

- **hemoleucograma** (hemoglobina, hematocrit, numar leucocite, numar trombocite) + **formula leucocitara**
- examen citogenetic (**cr Ph1**) / **bcr-abl** (examen molecular / **FISH**)
- **examen medular (+ ex. imunofenotipic ± ex. citochimic** in LAL)
- **examen molecular (rearanjament genic)** - in cazul SMD / SMPC, SHE, LEC
- scrisoare medicala sau bilet de externare in care sa fie mentionat tratamentul anterior (tip, durata) si raspunsul la tratament (in cazul tratamentului de linia a 2-a)
- declaratie de acceptare a tratamentului cu semnatura pacientului
- copie dupa buletin/carte de identitate
- dovada de asigurat
- **referatul** de necesitate completat **corect, complet** si **actualizat** (nu se admit adnotari pe referate mai vechi):
 - diagnostic complet; specificarea tipului de indicatie (initiere tratament : 1-a sau a 2-a linie de tratament)
 - **doza** de administrat **pe zi**
 - lunile pentru care se face solicitarea

CONTINUARE TRATAMENT:

- **hemoleucograma** (hemoglobina, hematocrit, număr leucocite, număr trombocite) + **formula leucocitara**
- examen măduva osoasa + examen citogenetic sau examen molecular (la intervalele mentionate in recomandările ELN: 3, 6, 12, 18 luni)
- copie dupa buletin / carte de identitate
- dovada de asigurat
- **referatul** de necesitate completat **corect, complet** si **actualizat** (nu se admit adnotari pe referate mai vechi):
 - diagnostic complet; specificarea tipului de indicatie: **continuare** tratament
 - **doza** de administrat **pe zi**
 - lunile pentru care se face solicitarea

LA CEREREA DE CRESTERE A DOZEI:

- **hemoleucograma** (hemoglobina, hematocrit, numar leucocite, numar trombocite) + **formula leucocitara**
- examen citogenetic (**cr Ph1**) / **bcr-abl** (examen molecular / **FISH**)
- **± examen medular**
- scrisoare medicala sau bilet de externare in care sa fie mentionat tratamentul anterior (doza, durata) si evolutia raspunsului la tratament
- copie dupa buletin / carte de identitate
- dovada de asigurat
- **referatul** de necesitate completat **corect, complet** si **actualizat** (nu se admit adnotari pe referate mai vechi):
 - diagnostic complet; specificarea tipului de indicatie: **crestere de doza**
 - **doza** de administrat **pe zi**
 - lunile pentru care se face solicitarea