

Cod formular specific: L01XX45

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI CARFILZOMIBUM**

SECȚIUNEA I - DATE GENERALE

1. Unitatea medicală:

2. CAS / nr. contract:/.....

3. Cod parafă medic:

4. Nume și prenume pacient:

CNP / CID:

5. FO / RC: în data:

6. S-a completat "Secțiunea II- date medicale" din Formularul specific cu codul:

7. Tip evaluare: inițiere continuare întrerupere

8. Încadrare medicament recomandat în Listă:

boala cronică (sublista C secțiunea C1), cod G:

PNS (sublista C secțiunea C2), nr. PNS: , cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală*), după caz:

ICD10 (sublista A, B,C secțiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală*):

9. DCI recomandat: 1)..... DC (după caz)

2)..... DC (după caz)

10.*Perioada de administrare a tratamentului: 3 luni 6 luni 12 luni,

de la: până la:

11. Data întreruperii tratamentului:

12. Pacientul a semnat declarația pe propria răspundere conform modelului prevăzut în Ordin:

DA NU

*Nu se completează dacă la "tip evaluare" este bifat "întrerupere"!

A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)

1. În combinație cu dexametazona, pentru tratamentul pacienților adulți cu mielom multiplu la care s-a administrat anterior cel puțin o linie terapeutică DA NU
2. Metoda de diagnostic:
 - a. Hemoleucograma+FL
 - b. ex. medular : $\geq 10\%$ plasmocite clonale
 $< 10\%$ plasmocite clonale
 - c. Electroforeza proteinelor serice + dozări + imunofixare sau / și
 - d. lanțuri ușoare serice
 - e. probe renale
 - f. calcemie
 - g. ex. imagistic
3. Boală activă – criteriile CRAB: DA NU
 - a. hipercalcemie $> 11,0$ mg/dl
 - b. creatinină $> 2,0$ mg/ml
 - c. anemie cu Hb < 10 g/dl
 - d. leziuni osoase active
4. electrocardiograma \pm examen cardiovascular
5. coagulograma
6. electroliți serici
7. probe hepatice (transaminaze, bilirubina)
8. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Sarcina și alăptarea DA NU

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

1. Metoda de evaluare:
 - a. Hemoleucograma+FL
 - b. Electroforeza proteinelor serice + dozări + imunofixare* și /sau
 - c. lanțuri ușoare serice*
 - d. electroliti + calcemie*
 - e. ex medular*
 - f. coagulograma*

* Frecvența va fi stabilită de către medic

- g. probe hepatice (transaminaze, bilirubina)*
- h. probe renale*
- i. electrocardiograma ± examen cardiovascular*

2. Evoluția sub tratament

- favorabilă
- staționară

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

- a. Progresia bolii sub tratament și pierderea beneficiului clinic
- b. Hipersensibilitate la substanța activă
- c. Toxicitate inacceptabilă
- d. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
- e. Deces
- f. Alte cauze

Subsemnatul, dr....., răspund de realitatea și exactitatea completării prezentului formular.

Data:

Semnătura și parafa medicului curant

Originalul dosarului pacientului, împreună cu toate documentele anexate (evaluări clinice și buletine de laborator sau imagistice, consimțământul informat, declarația pe propria răspundere a pacientului, formularul specific, confirmarea înregistrării formularului etc.), constituie documentul-sursă față de care, se poate face auditarea/controlul datelor completate în formular.

* Frecvența va fi stabilită de către medic