

Cod formular specific: L040M

FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC
PENTRU ARTROPATIE PSORIAZICĂ - AGENȚI BIOLOGICI -

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:

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

1. Diagnostic cert de AP (criterii CASPAR) DA NU
2. AP severă DAPSA > 28 DA NU
3. > 5 articulații dureroase/ tumefiate DA NU
4. PCR > 3 x valoarea normală (cantitativ) DA NU
5. Lipsă de răspuns la 2 csDMARD ca doze și durată, conform precizărilor din protocol (AP fără factori de prognostic nefavorabili) DA NU
6. Lipsă de răspuns la 1 csDMARD ca doze și durată, conform precizărilor din protocol (AP cu factori de prognostic nefavorabili) DA NU
7. Răspuns ineficient la 2 cure de AINS de minim 6 săpt. fiecare (AP predominant axială activă cu BASDAI > 6) DA NU
8. Răspuns ineficient la 2 cure de AINS de minim 6 săpt. fiecare și/sau răspuns ineficient la cel puțin o administrare de glucocorticoid injectabil local (AP cu entezită și/sau dactilită activă) DA NU
9. 2VAS (globală și durere), calcul DAPSA, screeninguri și analize de laborator conform Fișei de Inițiere obligatorii din RRBR (element de audit / control date în format electronic) DA NU
10. Absența contraindicațiilor recunoscute la terapia biologică DA NU
11. Fișă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli Reumatice) DA NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

- Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului DA NU

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

1. Răspuns terapeutic DAPSA conform protocolului (se continuă terapia) DA NU
2. Lipsa de răspuns / Pierderea răspunsului terapeutic DAPSA conform protocolului (se face switch) DA NU
3. Reacție adversă raportată în Fișa de Reacție Adversă din RRBR și ANM (se face switch) DA NU
4. VAS, calcul DAPSA și analize de laborator conform Fișei de Monitorizare obligatorii din RRBR (element de audit / control date în format electronic) DA NU
5. Fișă pacient introdusă în RRBR DA NU

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Reacție adversă severă

DA NU

2. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului

DA NU

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.