

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI COMBINATII  
(TRIFLURIDINUM+TIPIRACILUM)**

**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"!

Indicație: neoplasm colorectal metastatic (CCR – cancer colorectal) tratat anterior

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

1. Declarația de consimțământ pentru tratament semnată:  DA  NU
2. Diagnostic de **neoplasm colorectal în stadiu evolutiv metastatic (mCCR)**  DA  NU
3. Tratament anterior cu următoarele produse / clase de medicamente sau contraindicație pentru unele dintre acestea:
- a. chimioterapice antineoplazice\*: oxaliplatin, irinotecan, fluoropirimidine:  DA  NU
- b. terapie țintită molecular: inhibitori EGFR și terapie antiangiogenică:  DA  NU

*NOTĂ: \*vor fi luate în calcul inclusiv terapiile utilizate pentru indicația de adjuvantă, dacă progresia bolii, după tratamentul respectiv, a apărut în mai puțin de 12 luni de la finalizarea acestuia.*

4. Vârsta > 18 ani  DA  NU
5. Indice al statusului de performanță ECOG 0, 1 sau 2  DA  NU

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

1. Insuficiență renală severă
2. Insuficiență hepatică moderată sau severă
3. Hipersensibilitate la substanțele active sau la oricare dintre excipienți

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

1. Statusul bolii la data evaluării (evaluare imagistica, biologica, clinica):
- a. Remisiune completă  DA  NU
- b. Remisiune parțială  DA  NU
- c. Boală stabilă staționară  DA  NU
- d. Beneficiu clinic  DA  NU
2. Starea clinica a pacientului permite în continuare administrarea tratamentului:  DA  NU
3. Probele biologice ale pacientului permit administrarea în continuare în condiții de siguranță a tratamentului:  DA  NU

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

- 1. Progresia bolii
- 2. Deces
- 3. Reacții adverse inacceptabile și necontrolate chiar după terapia simptomatică și întreruperea temporară a tratamentului
- 4. Decizia medicului, cauza: .....
- 5. Decizia pacientului, cauza: .....

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.