**Cod formular specific: L01XC12**

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

**SECŢIUNEA I - DATE GENERALE**

**1.Unitatea medicală**: ……………………………………………………………………………...…….

**2. CAS / nr. contract:** ……………./…………………

**3.Cod parafă medic**:

**4.Nume şi prenume pacient**: …………………………………….………………………………..……

**CNP / CID**:

**5.FO / RC**: **d în data**:

**6.S-a completat** “**Secţiunea II- date medicale**“ **din Formularul specific cu codul**: ..…….....………

**7.Tip evaluare**: iniţiere continuare întrerupere

**8.Încadrare medicament recomandat în Listă**:

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

PNS (sublista C secţiunea C2), nr. PNS: , cod de diagnostic (v*arianta 999 coduri de boală)*, după caz:

ICD10 (sublista A, B,C secţiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (v*arianta 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**”!

**SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE** *Cod formular specific* ***L01XC12***

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

1.**Diagnostic: a)** Limfom Hodgkin CD30+ DA NU

**b)** Limfom anaplastic cu celule mari sistemic (LACMs) DA NU

2. **Limfom Hodgkin CD30+recidivat după transplant** de celule stem autologe (TCSA)🡪adulți

DA NU

3. **Limfom Hodgkin CD30+** r**efractar după transplant** de celule stem autologe (TCSA) 🡪adulți

DA NU

4. **Limfom Hodgkin CD30+recidivat după cel puţin două tratamente** anterioare, când TCSA sau chimioterapia cu mai multe medicamente nu reprezintă o opţiune de tratament 🡪adulți

DA NU

5. **Limfom Hodgkin CD30+refractar după cel puţin două tratamente** anterioare, când TCSA sau chimioterapia cu mai multe medicamente nu reprezintă o opţiune de tratament 🡪adulți

DA NU

6. **Limfom Hodgkin CD30+** care prezintă **risc crescut de recidivă sau progresie după TCSA** 🡪adulți DA NU

7. **Limfom anaplastic cu celule mari sistemic** (LACMs), **recidivat** 🡪adulți DA NU

8. **Limfom anaplastic cu celule mari sistemic** (LACMs), **refractar** 🡪adulți DA NU

9. Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. histopatologic + imunohistochimie

**c.**Punctie-biopsie osoasa + imunohistochimie

**d.** glicemie

**e.** probe hepatice (transaminaze; FAS)

**f.** albumina

**g.** LDH

**h.** proteina C reactiva

**i.** probe renale

**j.** testare virusuri hepatitice B si C

**k.** computer tomograf sau PET-CT

**l.** consult cardiologic

**m.** ex. neurologic

10. Declarație de consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

1. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
2. Administrare bleomicină
3. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)**

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.

1. Metoda de evaluare: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.**glicemie

**c.** probe hepatice (transaminaze; FAS)

**d.** albumina

**e.** LDH

**f.** proteina C reactiva

**g.** probe renale

1. Evoluția sub tratament DA NU

- favorabilă

- staționară

- progresie

1. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
2. Intoleranţa la tratament
3. Toxicitate inacceptabilă
4. Leucoencefalopatiemultifocală progresivă
5. Complianţa foarte scăzuta
6. Progresie de boală (lipsă răspuns)
7. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
8. Deces
9. Alte cauze

Subsemnatul, dr.…………………....................................................…,răspund de realitatea şi exactitatea completării prezentului formular.

Data: Semnătura şi parafa medicului curant