Cod formular specific: L01XE08

FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI NILOTINIBUM

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: ☐☐☐☐☐☐ **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: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

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* ***L01XE08***

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

a) Linia I ☐ DA ☐ NU

1. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) **nou diagnosticata→adulți** ☐ DA ☐ NU

3. Metoda de diagnostic: ☐ DA ☐ NU

a. Hemoleucograma+FL ☐

b. ex. medular ☐

c.ex citogenetic (Ph1+) ☐

d. FISH ☐

e. ex molecular (bcr-abl) ☐

4. Declarație consimţământ pentru tratament semnată de pacient ☐ DA ☐ NU

b) Linia aIIa si a IIIa ☐ DA ☐ NU

1. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **rezistenţa** la terapii anterioare →adulți ☐ DA ☐ NU

2. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **intoleranţă** la terapii anterioare →adulți ☐ DA ☐ NU

3. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază accelerată** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **rezistenţă** la terapii anterioare →adulți ☐ DA ☐ NU

4. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază accelerată** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **intoleranţă** la terapii anterioare →adulți ☐ DA ☐ NU

5. Metoda de diagnostic: ☐ DA ☐ NU

a. Hemoleucograma+FL ☐

b. ex. medular ☐

c.ex citogenetic (Ph1+) ☐

d. ex molecular (bcr-abl) ☐

6. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient ☐ DA ☐ NU

7. Tratament anterior: ☐ DA ☐ NU

a) imatinib ☐

b) dasatinib ☐

B. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)

1. Linia I de tratament ☐ DA ☐ NU

2. Linia a II a si a III a de tratament ☐ DA ☐ NU

3. Metoda de evaluare: ☐ DA ☐ NU

a. Hemoleucograma+FL ☐

4. Evoluția sub tratament ☐ DA ☐ NU

- favorabilă ☐
- staționară ☐
- progresie ☐

C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare ☐

2. Intoleranţă la tratament ☐

3. Deces ☐

4. Alte cauze ☐

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

*Solicit transmiterea confirmării înregistrării **formularului specific**de către CAS, la adresa de e-mail: ……. sau la nr. de fax: …….……

Se completează doar în situaţia în care nu poate fi transmisă online în PIAS cererea de completare a **formularului specific.

Data: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Semnătura şi 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.