**Cod formular specific: L01XE23**

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

**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* ***L01XE23***

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**
2. Declarația de consimțământ pentru tratament semnat: DA NU
3. Vârsta ≥ 18 ani: DA NU
4. Melanom malign pozitiv pentru mutaţia BRAF V600: DA NU
5. Evaluare imagistică care certifică stadiul inoperabil sau metastatic al bolii: DA NU
6. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
7. Metastaze cerebrale simptomatice (necontrolate terapeutic): DA NU
8. Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți: DA NU
9. Pacienți în curs de radioterapie DA NU
10. Insuficiență hepatică severă: DA NU
11. Interval QTc> 480 s: DA NU
12. Fracția de ejecție < 40%: DA NU
13. Sarcina: DA NU
14. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**
15. Menținerea consimțământului și complianței la tratament a pacientului:
16. Statusul bolii neoplazice la data evaluării:
17. Remisiune completă
18. Remisiune parțială
19. Boală staționară
20. Beneficiu clinic
21. Starea clinică a pacientului permite continuarea administrării terapiei în condiții de siguranță:

DA NU

1. Probele biologice permit continuarea administrării terapiei în condiții de siguranță:

DA NU

**Criterii de întrerupere temporară a administrării și/sau reducere a dozei**

1. Toxicitate grad II intolerabilă: DA NU
2. Toxicitate grad III-IV (recuperate): DA NU
3. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂA TRATAMENTULUI**
4. Progresia bolii

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. Deces
2. Reacţii adverse inacceptabile şi necontrolabile
3. Decizia medicului, cauza: …………………………...
4. Decizia pacientului, cauza: ………………………….

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

Data: Semnătura şi parafa medicului curant