

Cod formular specific: L01BB06

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

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: 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"!

A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)**Linia a III – a de tratament** DA NU

1. **Diagnostic:** Leucemia limfoblastică acută (LLA) la copii și adolescenții cu vârste ≤ 21 ani la momentul diagnosticului inițial DA NU

2. Leucemia limfoblastică acută (LLA) la copii și adolescenții cu vârste ≤ 21 ani la momentul diagnosticului inițial, care au suferit o recidivă sau care sunt refractari la tratament, după primirea a cel puțin două regimuri anterioare și pentru care nu există o altă opțiune terapeutică despre care se anticipează că va genera un răspuns durabil DA NU

3. Metoda de diagnostic:

a. Hemoleucograma+FL

b. ex. medular

c. ex. imunofenotipic (la diagnostic sau actual)

d. probe hepatice (transaminaze, bilirubina)

e. probe renale

4. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient sau aparținător DA NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Insuficiență renală severă

2. Insuficiență hepatică severă

3. Alăptare

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

1. Ameliorare clinică /hematologică după 2 cicluri DA NU

2. Metoda de evaluare:

a. Hemoleucograma+FL

b. probe hepatice (transaminaze, bilirubina)

c. probe renale

d. ex. clinic (funcția respiratorie; TA; balanța hidrică; greutate)

3. Evoluția sub tratament

- favorabilă

- staționară

- progresie

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

- 1. Progresia bolii sub tratament și pierderea beneficiului clinic
- 2. Toxicitate inacceptabilă sau toxicitatea persistentă după două scăderi succesive de doză
- 3. Alăptare
- 4. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
- 5. Deces
- 6. Alte cauze

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.