

Cod formular specific: L01XE14

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

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 2-a și ≥ 2 DA NU

1. **Diagnostic:** Leucemie mieloidă cronică (LMC) cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) și/sau BCR-ABL pozitiv DA NU

2. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) și/sau BCR-ABL pozitiv **tratăată anterior cu unul sau mai mulți** inhibitori de tirozinkinază și la care **administrarea de imatinib, nilotinib și dasatinib nu este considerată o opțiune** terapeutică adecvată →adulți DA NU

3. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază accelerată** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) și/sau BCR-ABL pozitiv **tratata anterior cu unul sau mai mulți** inhibitori de tirozinkinază și la care **administrarea de imatinib, nilotinib și dasatinib nu este considerată o opțiune** terapeutică adecvată →adulți DA NU

4. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază blastica** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) și/sau BCR-ABL pozitiv **tratăată anterior cu unul sau mai mulți** inhibitori de tirozinkinază și la care **administrarea de imatinib, nilotinib și dasatinib nu este considerată o opțiune** terapeutică adecvată →adulți DA NU

5. Tratament anterior: DA NU

a) imatinib

b) dasatinib

c) nilotinib

6. Metoda de diagnostic:

a. Hemoleucograma+FL

b. ex. medular

c. ex. citogenetic (Ph1+) sau

d. ex. molecular (bcr-abl) sau

e. ex. FISH

f. ex. imunofenotipic*

g. probe hepatice

h. probe renale

i. evaluare cardiologică

7. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Insuficiență hepatică

* În cazul LMC faza blastică

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

1. Metoda de evaluare:

- a. Hemoleucograma+FL
- b. probe hepatice (transaminaze, bilirubina)*
- c. probe renale*
- d. evaluare cardiologică*

2. Evoluția sub tratament

- favorabilă
- staționară
- progresie

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

- 1. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
- 2. Toxicitate inacceptabilă
- 3. Deces
- 4. 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.

* La aprecierea medicului