

Cod formular specific: L039M

Anexa Nr. 1

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU ARTRITA IDIOPATICĂ JUVENILĂ  
ȘI BOALA STILL – AGENȚI BIOLOGICI**

**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<sup>1</sup> (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:  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"!

**SECȚIUNEA II - DATE MEDICALE<sup>1</sup>***Cod formular specific L039M***A. CRITERII CUMULATIVE DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT AFERENTE GRUPURILOR DE VÂRSTĂ ȘI GREUTATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient sau de părintele legal/tutore  
 DA  NU
2. Forme clinice:
  - Forma sistemică  DA  NU
  - Forma poliarticulară  DA  NU
  - Forma oligoarticulară  DA  NU
  - Forma artrită psoriazică  DA  NU
  - Forma artrită asociată entezitei  DA  NU
3. Prezența artritei active însoțită de valori crescute VSH, CRP cantitativ  DA  NU
4. Reacții adverse inacceptabile la tratamentul remisiv convențional  DA  NU
5. Corticoterapie generală cu doze care expun copilul la reacții adverse inacceptabile (peste 0,25 mg/kg/24 ore echivalent prednison) sau durata corticoterapiei peste 3 luni (indiferent de doză)  
 DA  NU
6. Lipsa de răspuns la terapia remisivă cu MTX sau Sulfasalazină timp de minim 6 săptămâni  
 DA  NU
7. Pacienții cu boala Still (incluzând artrita juvenilă idiopatică sistemică – AIJS și boala Still cu debut la vârstă adultă) nonresponsivi la AINS sau glucocorticoizi administrați pe o perioadă de maxim 4 săptămâni  DA  NU
8. Fișă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli Reumatice)  DA  NU

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

1. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică, conform protocolului terapeutic:  DA  NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

1. Ameliorare  $\geq 30\%$  reducere a scorului în cel puțin 3 din cele 5 criterii (se continuă tratamentul)  
 DA  NU
2. Creșterea  $\geq 30\%$  a scorului în nu mai mult decât unul din cele 5 criterii (se continuă tratamentul)  
 DA  NU
3. Creșterea scorului ACR  $\geq 30\%$  în cel puțin 3 din cele 5 criterii (se face switch)  DA  NU
4. Reducerea scorului  $\geq 30\%$  în nu mai mult decât unul din cele 5 criterii (se face switch)  
 DA  NU

---

<sup>1</sup> Se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

5. Cel puțin 2 articulații rămase active (se face switch)  DA  NU
6. Terapie combinată cu csDMARD cu precizările din protocol/Monoterapie biologică justificată conform protocolului  DA  NU
7. Pentru pacienții cu boala Still reducerea febrei, VSH, CRP, VAS și a dozelor de corticoid  DA  NU
8. Screeninguri și analize de laborator conform Fișei de Monitorizare din RRBR:  DA  NU

#### **D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

1. Reacție adversă raportată în Fișa de Reacție Adversă din RRBR și ANMDM.
2. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului.

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.