

Cod formular specific: L040M

Anexa nr. 3

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU ARTROPATIE PSORIAZICĂ
- AGENȚI BIOLOGICI și REMISIVE SINTETICE ȚINTITE -**

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 lunide 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"!

SECȚIUNEA II - DATE MEDICALE¹*Cod formular specific L040M***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

1. Diagnostic cert de AP (criterii CASPAR)
2. AP severă DAPSA>28
3. > 5 articulații dureroase/ tumefiate
4. VSH>28mm/1h și/sau PCR>3x valoarea normală (cantitativ)
5. Lipsă de răspuns la 2 csDMARD ca doze și durată conform precizărilor din protocol
6. Lipsă de răspuns la 1 csDMARD ca doze și durată conform precizărilor din protocol (AP factor de prognostic nefavorabil)
7. Răspuns inefficient la SSZ cel puțin 4 luni pentru formele periferice
8. Răspuns inefficient la cel puțin o administrare de glucocorticoid injectabil local
9. 2VAS (globală și durere), screeninguri și analize de laborator conform Fișei de Inițiere obligatorii din RRBR
10. Absența contraindicațiilor recunoscute la terapia biologică
11. Fișă pacient introdusă obligatoriu în RRBR (Registrul Român de Boli Reumatice)

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

1. Răspuns terapeutic DAPSA conform protocolului (se continuă terapia)
2. Răspuns parțial/lipsa de răspuns terapeutic DAPSA conform protocolului (se face switch)
3. Reacție adversă raportată în Fișa de Reacție Adversă din RRBR și ANMDMR (se face switch)
4. VAS și analize de laborator conform Fișei de Monitorizare obligatorii din RRBR
5. Fișă pacient introdusă obligatoriu în RRBR

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

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Reacție adversă severă
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.