

Cod formular specific: L044L

Anexa nr. 4

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC
PENTRU PSORIAZIS – AGENȚI BIOLOGICI ȘI TERAPII CU MOLECULE MICI CU
ACȚIUNE INTRACELULARĂ**

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: 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 L044L***A. CRITERII DE ELIGIBILITATE ÎN RECOMANDAREA TRATAMENTULUI CU PRODUSE BIOLOGICE ÎN PSORIAZISUL CRONIC SEVER (inițiere și continuare)**

1. Pacientul a fost introdus în Registrul Național de Dermatologie, conform calendarului evaluărilor din protocolul terapeutic și anume la 0, 3, 6 și din 6 în 6 luni.
2. Terapia convențională conform protocolului
3. PASI inițial ≥ 10
4. PASI actual $\leq 50\%$ PASI inițial
5. DLQI inițial ≥ 10
6. DLQI actual $\leq 5uDLQI$ inițial
7. Afectare zone speciale: – scalp
– unghii
– palmoplantar
8. Suprafața zonelor speciale afectate $\leq 50\%$ față de momentul inițierii terapiei:
– scalp
– unghii
– palmoplantar
9. Ex. Histopatologic de PSO vulgar
10. Analize conform protocolului:

- HLG	- TGP	- GGT	- Uree
- VSH	- Creatinină	- Ag HBs	- Electroliți
- TGO	- Ex. Sumar urină	- Ac antiHVC	
11. Testare TB conform protocolului
12. Rx. Pulmonar
13. Chimioprofilaxie
14. Consimțământul pacientului conform protocolului
15. Formular DLQI conform protocolului

B. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. motive medicale
2. voluntar
3. reacții adverse
4. tratament ineficient

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

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.