

LISTA	DENUMIRE COMUNA INTERNATIONALA	COMISIA	DIAGNOSTIC	DOCUMENTE	OBSERVATII
LISTA B	FOLLITROPINUM ALFA****#	OBSTETRICA - GINECOLOGIE	INFERTILITATE DE CAUZA ANOVULATORIE	1) Fisa de Initiere a tratamentului;	Fisa de Initiere a tratamentului infertilitatii anovulatorii se completeaza prin bifarea rubricilor corespunzatoare buletinelor de analiza ce o insotesc.
	FOLLITROPINUM BETA****#			2) Buletine de analiza care sustin datele din fisa de initiere;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Histerosalpingografia va fi insotita de o dovada imagistica si / sau laparoscopia (la care se anexeaza o copie a protocolului operator) care sa indice prezenta uterului si cel putin a unei trompe permeabile.</li> <li>Progesteronul va fi doat in ziua 21 pt cel putin un ciclu anterior.</li> <li>Daca imunologia pr rubeola este negativa, pacienta se va vaccina cu 3 luni inaintea inceperii stimulării ovariene si va aduce o dovada in acest sens.</li> <li>Buletinele de analiza hormonală nu mai vechi de 6 luni.</li> </ul>
	LUTROPINA ALFA****#			3) Adeverinta medicala de la medicul defamiliei cu bolile cronice cu care se afla in evidenta si tratamentele de lunga durata; 4) Consimtamentul scris al pacientului.	Daca pacienta e in evidenta cu boli cronice si face tratament cu substante din categoria C, D, X, ea va prezenta si o adeverinta prin care medicul specialist care ii trateaza afectiunea de baza, precizeaza in ce masura pacienta poate sau nu sa fie supusa riscurilor ce decurg din stimularea ovariana.
	SIBUTRAMINUM****			TULBURARI DE NUTRITIE SI METABOLISM	OBEZITATE
ORLISTATUM****	2) Buletinele de analiza in original semnate, parafate si stampilate de medicul curant specialist;	Maxim 8 saptamani vechime			
RIMONABANTUM****	3) Consimtamentul scris al pacientului; 4) Dovada calitatii de asigurat; 5) Copie B.I. / C.I.				
LISTA C1 - G22	PEGVISOMANTUM****	ENDOCRINOLOGIE	ACROMEGALIE, TUMORI HIPOFIZARE, TUMORI	1) Fisa pacientului, specifica pentru fiecare medicament (octreotidum, lanreotidum si pegvisomant) completata, semnata si parafata de medicul curant, documente medicale care sustin diagnosticul	

	OCTREOTIDUM****		<b>NEUROENDOCRINE - G22</b>	2) buletinele de analiza medicale semnate si parafate de medic	
	LANREOTIDUM****			3)consimtamentul scris al pacientului; 4)dovada calitatii de asigurat 5)copie BI/CI	Consimtamentul scris si copie BI/CI numai la initierea tratamentului
LISTA C1- G29	IMIGLUCERASUM****	<b>GAUCHER</b>	<b>BOALA GAUCHER</b>	Dosarele se depun direct la CNAS, secretarul de la CJAS primeste deciziile pe care le trimite medicilor prescriptori	
LISTA C1 - G4, G7	RIBAVIRINUM****	<b>GASTROENTEROLOGIE</b>	<b>HEPATITELE CRONICE SI CIROZE HEPATICE DE ETIOLOGIE VIRALA B, C si D - G4 / G7</b>	1) Fisa de Initiere si monitorizare completata ,semnata si parafata de medicul curant.	fisele se intocmesc si pentru dosarul de continuare de tratament
	LAMIVUDINUM****			2) Consimtamentul scris al pacientului;	Numai la initierea tratamentului
	ADEFOVIRUM DIPIVOXILUM****			3) Buletinele de analiza care sustin datele completate in Fisa de Initiere si monitorizare (punctie hepatica/Fscan/Fmax, viremie, transaminaze, hemoleucograma, markeri virali, dupa caz - ecografie abdominala si endoscopie digestiva superioara)	
	ENTECAVIRUM****			4) Buletinele de analiza specifice (transaminaze, hemoleucograma, dupa caz- viremia)	Pt dosarul de continuare
	INTERFERONUM ALFA 2A****			5) Dovada calitatii de asigurat	
	INTERFERONUM ALFA 2B****			6) Copie B.I. / C.I.	
	PEGINTERFERON ALFA 2A****				
PEGINTERFERON ALFA 2B****					
	INFLIXIMABUM****	<b>GASTROENTEROLOGIE</b>	<b>BOALA CRONICA INFLAMATORIE INTESTINALA - G31a</b>	1) Fisa de solicitare a terapiei biologice completata de medicul curant si semnata de seful de sectie sau managerul spitalului; 2) buletinele de analize medicale; 3) consimtamentul scris al pacientului; 4) Dovada calitatii de asigurat; 5) Copie B.I. / C.I.	analiza histopatologica, hemoleucograma, rectosigmoidoscopia, ecografia abdominala, endoscopie digestiva etc. Consimtamentul si BI/CI doar la initiere.
	ADALIMUMABUM****				
	RITUXIMABUM****				1) Referat de Justificare completat, parafat si semnat de medicul curant;

LISTA C1 - G31a, G31b, G31c, G31d, G31e, G31f	ETANERCEPTUM****	COMISIA DE REUMATOLOGIE	<b>POLIARTITRITA REUMATOIDA - G31b</b>	2) Consimtamantul scris al pacientului		
	INFLIXIMABUM****					
	ADALIMUMABUM****					
	ETANERCEPTUM****					
	INFLIXIMABUM****			<b>ARTROPATIA PSORIAZICA - G31c</b>	3) Buletine de analiza care sustin datele completate in Referatul de Justificare, semnate, parafate, datate si nu mai vechi de 3 luni (LA INITIEREA TRATAMENTULUI) sau 1 luna (LA CONTINUAREA TRATAMENTULUI)	• Radiografie sau RMN de articulatii sacroiliace - DOAR pt Spondilita Anchilozanta; • Bilet de iesire de Spital semnat si parafat de un medic specialist reumatolog dintr-un centru universitar
	ADALIMUMABUM****					
	INFLIXIMABUM****			<b>SPONDILITA ANKILOZANTA - G31d</b>	5) Copie B.I. / C.I.	
	ADALIMUMABUM****					
	ETANERCEPTUM****			<b>ARTRITA JUVENILA - G31e</b>		
	ETANERCEPTUM****				1) fisa de evaluare a pacientului completata, semnata si parafata de medicul dermatolog	
INFLIXIMABUM****	DERMATOLOGIE	<b>PSORIAZIS CRONIC SEVER - G31f</b>	2) Consimtamantul scris al pacientului;	numai pentru dosarul de initiere a tratamentului		

	ADALIMUMABUM****			3) buletine de analize medicale, semnate, parafate, datate si nu mai vechi de 3 luni	radiografie pulmonara, IDR la 2ui PPD, examen histopatologic
	EFALIZUMABUM****			4) Dovada calitatii de asigurat 5) Copie B.I. / C.I.	In cazul in care IDR la PPD >9mm se recomanda efectuarea de Quantiferon TB Gold si avizul medicului pneumolog
Lista C2 - P3	PEMETREXEDUM****	ONCOLOGIE	PROGRAMUL NATIONAL DE ONCOLOGIE	1) referat de justificare completat, parafat si semnat de medicul curant	
	FLUDARBINUM****				
	CLOFARABINUM****				
	DECITABINUM****				
	NELARABINUM****				
	NILOTINIBUM****				
	OFATUMABUM****				
	RUXOLITINIBUM****				
	TRABECTEDINUM****				
	RITUXIMABUM****				
	TRASTUZUMABUM****				
	ALEMTUZUMABUM****				
	CETUXIMABUM****				
BEVACIZUMABUM****	2) Consimtamantul scris al pacientului;	Rezultatul explorarilor biochimice si hematologice; copie examen CT			
IMATINIBUM****	3) buletine de analiza care sustin datele completate in referatul de justificare, semnate, parafate, datate si nu mai vechi de 3 luni	Termenul de depunere a dosarelor la casa judeteana, pana pe data de 6 a fiecarei luni			

	ERLOTINIBUM**** SUNITINIBUM**** SORAFENIBUM**** DASATINIBUM**** BORTEZOMIBUM****			4) Referat de Justificare - <b>cu toate rubricile completate corect</b> - difera in functie de medicamentul solicitat, semnat si parafat de medicul curant si medicul coordonator 5) Dovada calitatii de asigurat; 6) Copie B.I. / C.I.	
Lista C2 - P4	INTERFERONUM BETA 1a**** INTERFERONUM BETA 1a**** INTERFERONUM BETA 1B**** GLATIRAMER ACETAT**** NATALIZUMABUM****	COMISIA DE EXPERTIZA CNAS PENTRU IMPLEMENTAREA SUBPROGRAMULUI DE TRATAMENT AL BOLNAVILOR CU SCLEROZA MULTIPLA	PROGRAMUL NATIONAL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT PENTRU BOLILE RARE - SCLEROZA MULTIPLA	1) Referat de Justificare completat-conform modelului prevazut in legislatia in vigoare, parafat si semnat de medicul curant, contrasemnat si parafat de medicul coordonator. Referatul de justificare trebuie sa contina date de identitate ale bolnavului, informatii privind 2) Analize medicale (copii) care sa sustina diagnosticul:examen RMN cerebral recent (1-3 luni), hemoleucograma, transaminaze serice (TGO,TGP), examen serologic pentru HIV, RMN coloana (optional), potentiale evocate (optional), LCR (optional); 3) Consimtamantul informat (in original) semnat de catre bolnav (cu specimen de semnatura) si datat 4) Dovada calitatii de asigurat; 5) Copie B.I. / C.I. si date de contact (inclusiv numere de telefon la care poate fi contactat pacientul sau apartinatorul)	

Lista C2 - P6.1	DEFERASIROXUM	SUBCOMISIA DE EXPERTI PENTRU TRATAMENTUL SPECIFIC AL TALASEMIEI	PROGRAMUL NATIONAL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT PENTRU BOLILE RARE - HEMOFILIE/TALASEMIE	<p><b>La initierea tratamentului</b>1)Adresa din partea spitalului (semnata de manager, director economic, sef de sectie,cu stampila spitalului) in care sa se precizeze ca spitalul dispune de fondurile banesti necesare sustinerii tratamentului pacientului pana la sfarsitul anului2) Referat de Justificare completat-conform modelului prevazut in legislatia in vigoare, parafat si semnat de medicul coordonator teritorial 3) Buletine de analiza care sustin datele completate in Referatul de Justificare, semnate, parafate(electroforeza hemoglobinei pacientului si a parintilor; ecografie abdominala si ecocardiografie efectuate in ultimele 3 luni, inaltime si greutate pentru copii sub 12 ani si adolescenti 12-16 ani; examen oftalmologic si examen ORL; feritina serica recenta, in decursul lunii precedente depunerii dosarului; probe biologice recente, in decursul lunii precedente depunerii dosarului:creatinina serica, clearance de creatinina, transaminaze serice, proteinurie; 4) Dovada calitatii de asigurat; 5) Copie B.I. / C.I. si date de contact (inclusiv numere de telefon la care poate fi contactat pacientul sau apartinatorul). 6) Consimtamentul informat semnat de pacient/apartinatori</p>	<p><b>la continuarea tratamentului(la fiecare 6 luni)</b> 1) referatul de justificare;2) Tabel cu urmarirea datelor de laborator (monitorizarea saptamanala in prima luna de tratament , la o luna de la inceperea tratamentului si apoi, trimestriala a creatininei serice, clearance de creatinina, transaminaze, feritina serica (daca se modifica doza, monitorizarea trebuie sa fie lunara, pana la depunerea dosarului) 3) tabel cu doza initiala si ajustarea dozei de EXJADE (data, mg/kgc, mg/zi, numar de tableta ce trebuiesc luate zilnic, pe tip de tableta - 125 mg, 250 mg, 500mg)4) consimtamentul pacientului 5) copie dupa actul de identitate 6) la implinirea unui an de la inceperea tratamentului se noteaza inaltimea si greutatea la copii; ecografie abdominala; ecocardiografie;examen oftalmologic si examen ORL..</p>
LISTA C2- P6	EVEROLIMUS****	SUBCOMISIA DE EXPERTI PENTRU SCLEROZA TUBEROASA	PROGRAMUL NATIONAL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT PENTRU BOLI RARE	<p>1) date identificare: CI/BI in copie; adeverinta de asigurat in copie; adeverinta asigurat  2) Bilet de externare dintr-o clinica universitara de neurologie sau neurologie pediatria, care sa ateste diagnosticul scleroza tuberoasa care asociaza astrocitom subependimar cu celule gigante(SEGA) si/sau Bilet de externare dintr-o clinica universitara de nefrologie care sa ateste diagnosticul de scleroza tuberoasa care asociaza angiomiolipom(AML).  3)examen IRM cerebral  4)echografie renala  5)examen IRM abdominal/renel (in cazul existentei de angiomiolipoame renale) 6)hemoleucograma  7)glicemie  8)TGO, TGP, GGT  9) profil lipidic(cel putin: colesterol seric, trigliceride serice, lipide totale serice) 10) uree serica, creatinina serica, ionograma serica, imunograma serica</p>	

LISTA C2- P6	ROMIPLOSTIMUM****	SUBCOMISIA DE EXPERTI PURPURA TROMBOCITOPENIC A IMUNA CRONICA LA ADULTII SPLENECTOMIZATI SI NESPLENECTOMIZATI		1) date identificare: CI/BI in copie; adeverinta de asigurat in copie; adeverinta asigurat 2) Istoric de evolutie peste 1 an 3)hemograma, medulograma 4)echografie renala 5)anticorpi antitrombocitar 6) probe hepatice 7)CMV, HCV, HIV, HELICOBACTERI PILORI 8)tratamente anterioare inclusiv splenectomie sau contraindicatii de splenectomie, respectiv: sarcina, comorbiditati majore, hipertensiune portala	
LISTA C2- P6	SAPROPTERINUM -****	SUBCOMISIA PTR. HIPERFENILALANINEMIA LA BOLNAVII DIAGNOSTICATI CU FENILCETONURIE SAU DEFICIT DE TETRAHIDROBIOPTERINA	PROGRAMUL NATIONAL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT PENTRU BOLILE RARE -SI SEPSIS SEVER	DOSARELE SUNT INTOCMITE DE CATRE COORDONATORUL DE PROGRAM DIN CADRUL SPIITALULUI IOMC,	PACIENTII SUNT DIAGNOSTICATI SI TINUTI SUB OBSERVATIE LA IOMC

.....

