

FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC
PENTRU ARTROPATIE PSORIAZICĂ - 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 (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"!

A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT

1. Diagnostic cert de AP (criterii CASPAR) ☐ DA ☐ NU
2. AP severă DAPSA > 28 ☐ DA ☐ NU
3. > 5 articulații dureroase/ tumefiate ☐ DA ☐ NU
4. PCR > 3 x valoarea normală (cantitativ) ☐ DA ☐ NU
5. Lipsă de răspuns la 2 csDMARD ca doze și durată, conform precizărilor din protocol (AP fără factori de prognostic nefavorabili) ☐ DA ☐ NU
6. Lipsă de răspuns la 1 csDMARD ca doze și durată, conform precizărilor din protocol (AP cu factori de prognostic nefavorabili) ☐ DA ☐ NU
7. Răspuns inefficient la 2 cure de AINS de minim 6 săptăm. fiecare (AP predominant axială activă cu BASDAI > 6) ☐ DA ☐ NU
8. Răspuns inefficient la 2 cure de AINS de minim 6 săptăm. fiecare și/sau răspuns inefficient la cel puțin o administrare de glucocorticoid injectabil local (AP cu entezită și/sau dactilită activă) ☐ DA ☐ NU
9. 2VAS (globală și durere), calcul DAPSA, screeninguri și analize de laborator conform Fișei de Inițiere obligatorii din RRBR (element de audit / control date în format electronic) ☐ DA ☐ NU
10. Absența contraindicațiilor recunoscute la terapia biologică ☐ DA ☐ NU
11. Fișă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli Reumatice) ☐ DA ☐ NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului

☐ DA ☐ NU

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

1. Răspuns terapeutic DAPSA conform protocolului (se continuă terapia) ☐ DA ☐ NU
2. Lipsa de răspuns / Pierderea răspunsului terapeutic DAPSA conform protocolului (se face switch) ☐ DA ☐ NU
3. Reacție adversă raportată în Fișa de Reacție Adversă din RRBR și ANM (se face switch) ☐ DA ☐ NU
4. VAS, calcul DAPSA și analize de laborator conform Fișei de Monitorizare obligatorii din RRBR (element de audit / control date în format electronic) ☐ DA ☐ NU
5. Fișă pacient introdusă în RRBR ☐ DA ☐ NU

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Reacție adversă severă

☐ DA ☐ NU

2. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului

☐ DA ☐ NU

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.