**Cod formular specific: L014C**

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI RITUXIMABUM**

**SECŢIUNEA I - DATE GENERALE**

**1.Unitatea medicală**: ……………………………………………………………………………...…….

**2. CAS / nr. contract:** ……………./…………………

**3.Cod parafă medic**:

**4.Nume şi prenume pacient**: …………………………………….………………………………..……

**CNP / CID**:

**5.FO / RC**: **d în data**:

**6.S-a completat** “**Secţiunea II- date medicale**“ **din Formularul specific cu codul**: ..…….....………

**7.Tip evaluare**: iniţiere continuare întrerupere

**8.Încadrare medicament recomandat în Listă**:

boala cronică (sublista C secţiunea C1), cod G:

PNS (sublista C secţiunea C2), nr. PNS: , cod de diagnostic (v*arianta 999 coduri de boală)*, după caz:

ICD10 (sublista A, B,C secţiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (v*arianta 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**: **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**”!

**SECŢIUNEA II - DATE MEDICALE** *Cod formular specific* ***L014C***

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)**

**a) Linia I** DA NU

1. Limfom nonHodgkin difuz cu celula mare B CD20+, în asociere cu chimioterapia CHOP

 DA NU

2. Limfom folicular CD20+ stadiul grad III-IV, netratat anterior, în asociere cu chimioterapie

 DA NU

3. Leucemia limfatică cronică CD20+ netratată anterior în asociere cu chimioterapie

 DA NU

4. Alte tipuri de limfoame CD20+ (limfom de manta, limfom Burkitt, etc): DA NU

5. Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. medular

**c.** imunofenotipare prin citometrie in flux

**d.** examen histopatologic cu imunohistochimie

**e.** testare infecţie cu virusul hepatitic B

6. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

**b) Linia II + Reiniţiere** DA NU

1. Limfom nonHodgkin difuz cu celula mare B CD20+, în asociere cu chimioterapia

 DA NU

2. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV chimiorezistent în asociere cu chimioterapie

 DA NU

3. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV chimiorezistent în monoterapie DA NU

4. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV care a recidivat ≥ 2 ori după chimioterapie în asociere cu chimioterapie DA NU

5. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV ce a recidivat ≥ 2 ori după chimioterapie în monoterapie DA NU

6. Leucemia limfatică cronică CD20+ netratată anterior în asociere cu chimioterapie

 DA NU

7. Alte tipuri de limfoame CD20+ (limfom de manta, limfom Burkitt, etc): DA NU

8. Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. medular

**c. imunofenotipare prin citometrie in flux**

**d.** examen histopatologic cu imunohistochimie

**e.** testare infecţie cu virusul hepatitic B

9. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

**c) Menţinere** DA NU

1. Limfomul folicular CD20+ netratat anterior care a raspuns la terapia de inductie

 DA NU

2. Limfomul folicular CD20+ refractar care a raspuns la tratamentul de inductie (administrat la 2 -3 luni, timp de 2 ani) DA NU

3. Limfomul folicular CD20+ recidivat care a raspuns la tratamentul de inductie (administrat la 2-3 luni, timp de 2 ani) DA NU

4. Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. clinic

5. Evoluția sub tratament DA NU

- favorabilă

- staționară

- progresie

1. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
2. Infecţii severe, active
3. Hepatită cronică VHB+ activă
4. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
5. Progresia bolii sub tratament şi pierderea beneficiului clinic
6. Toxicitate inacceptabilă
7. Reactivare hepatita B
8. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
9. Deces
10. Alte cauze

Subsemnatul, dr.…………………....................................................…,răspund de realitatea şi exactitatea completării prezentului formular.

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.

Data: Semnătura şi parafa medicului curant