**Cod formular specific: L01XE06**

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

**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* ***L01XE06***

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

**a) Linia 1 de tratament:** DA NU

1.Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) **nou diagnosticata**🡪**adulți** DA NU

2.Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. medular

**c.**ex citogenetic (Ph1+)

**d.** FISH

**e.** ex molecular (bcr-abl)

3.Declarație consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

**b) Linia 2 şi 3 de tratament:** DA NU

1. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **rezistenta** la terapii anterioare 🡪adulți DA NU

2. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **intoleranta** la terapii anterioare 🡪adulți DA NU

3. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază accelerata** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **rezistenta** la terapii anterioare 🡪adulți DA NU

4. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază accelerata** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **intoleranta** la terapii anterioare 🡪adulți DA NU

5. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază blastica** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **rezistenta** la terapii anterioare 🡪adulți DA NU

6. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază blastica** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+) cu **intoleranta** la terapii anterioare 🡪adulți DA NU

7.**Leucemia acută limfoblastică**(LAL) cu Ph1+ cu **rezistenţă** la terapii anterioare 🡪adulți

DA NU

8.**Leucemia acută limfoblastică**(LAL) cu Ph1+ cu **intoleranţă** la terapii anterioare 🡪adulți

DA NU

9.**Leucemia mieloidă cronică** (LMC) cu Ph1+ în **fază blastică limfoidă** cu **rezistenţă** la terapii anterioare 🡪adulți DA NU

10.**Leucemia mieloidă cronică** (LMC) cu Ph1+ în **fază blastică limfoidă** cu **intoleranţă** la terapii anterioare 🡪adulți DA NU

11. Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. medular

**c.**ex citogenetic (Ph1+)

**d**. FISH

**e**. ex molecular (bcr-abl)

**f.** Ex imunofenotipic

12. Tratament anterior: DA NU

a) imatinib

b) nilotinib

13. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

1. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)**
2. Linia I de tratament DA NU
3. Linia 2 si 3 de tratament DA NU
4. Metoda de evaluare: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

1. Evoluția sub tratament DA NU

- favorabilă

- staționară

- progresie

1. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
2. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
3. Intoleranţă la tratament
4. Deces
5. 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