**Cod formular specific: L039M**

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

**PENTRU ARTRITA IDIOPATICĂ JUVENILĂ – AGENŢI BIOLOGICI**

**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* ***L039M***

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

**a) Criterii cumulative: - AIJ sistemică** DA NU

**- AIJ poliarticulară** DA NU

1. Cel puțin 5 articulații tumefiate şi/saucel puțin 3 articulații cu mobilitate diminuată,dureroase la mișcare şi presiune (sau ambele)
2. Lipsa de răspuns la MTX sau SSZ conform precizărilor din protocol
3. Lipsa de răspuns la corticoterapie generală conform precizărilor din protocol
4. VSH>20mm/1h si PCR≥3x valoarea normală
5. Screeninguri, analize de laborator conform Fisei de Inițiere din RRBR şi dovada vaccinării conform precizărilor din protocol (pentru ambele forme)
6. Absenţa contraindicațiilor recunoscute la terapiile biologice (pentru ambele forme)

**b) Criterii cumulative: - AIJ asociată cu entezita** DA NU

1. Dureri lombare cu caracter inflamator
2. HLA B27+
3. Artrita băiat>6 ani
4. Uveită anterioara acuta
5. Sacroiliită evidențiată RMN, după caz
6. FR-
7. Screeninguri, analize de laborator conform Fisei de Inițiere din RRBR şi dovada vaccinării conform precizărilor din protocol (pentru ambele forme)
8. Absenţa contraindicațiilor recunoscute la terapiile biologice (pentru ambele forme)

1. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
2. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului DA NU
3. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**
4. Ameliorare ≥30% reducere a scorului în cel puțin 3 din cele 5 criterii (se continuă tratamentul)

 DA NU

1. Creșterea ≥30% a scorului în nu mai mult decat unul din cele 5 criterii (se continuă tratamentul)

 DA NU

1. Creșterea scorului ACR ≥30% în cel puțin 3 din cele 5 criterii (se face switch) DA NU
2. Reducerea scorului ≥30% în nu mai mult decât unul din cele 5 criterii (se face switch)

 DA NU

1. Cel puțin 2 articulații ramase active (se face switch) DA NU

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.

1. Terapie combinată cu csDMARD cu precizările din protocol/Monoterapie biologică justificată conform protocolului DA NU
2. Analize de laborator conform Fişei de Monitorizare din RRBR DA NU
3. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
4. Reacție adversă severă DA NU
5. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului DA NU

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

Data: Semnătura şi parafa medicului curant