**Cod formular specific: L044L**

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

**PENTRU PSORIAZIS – 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* ***L044L***

1. **CRITERII DE ELIGIBILITATE ÎN RECOMANDAREA TRATAMENTULUI CU PRODUSE BIOLOGICE ÎN PSORIAZISUL CRONIC SEVER (inițiere şi continuare)**
   1. Pacientul a fost introdus în Registrul Naţional de Dermatologie 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. Terapia convențională conform protocolului DA NU
  2. PASI inițial ≥ 10 DA NU
  3. PASI actual ≤ 50% PASI inițial DA NU
  4. DLQI inițial ≥ 10 DA NU
  5. DLQI actual ≤ 5uDLQI inițial DA NU
  6. Ex. Histopatologic de PSO vulgar DA NU
  7. Analize conform protocol: DA NU

- HLG - TGP

- VSH - Creatinină

- TGO - Ex. Sumar urină

* 1. Testare TB conform protocol DA NU
  2. Rx. Pulmonar DA NU
  3. Chimioprofilaxie DA NU
  4. Consimțământ conform protocol DA NU
  5. Formular DLQI conform protocol DA NU

1. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
   1. motive medicale
   2. voluntar
   3. reacții adverse
   4. tratament ineficient

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

Data: Semnătura şi parafa medicului curant