

Cod formular specific: L044L

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC
PENTRU PSORIAZIS – 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 ELIGIBILITATE ÎN RECOMANDAREA TRATAMENTULUI CU PRODUSE BIOLOGICE ÎN PSORIAZISUL CRONIC SEVER (inițiere și continuare)

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 1. Pacientul a fost introdus în Registrul Național de Dermatologie | <input type="checkbox"/> | DA | <input type="checkbox"/> | NU | |
| 2. Terapia convențională conform protocolului | <input type="checkbox"/> | DA | <input type="checkbox"/> | NU | |
| 3. PASI inițial ≥ 10 | <input type="checkbox"/> | DA | <input type="checkbox"/> | NU | |
| 4. PASI actual $\leq 50\%$ PASI inițial | <input type="checkbox"/> | DA | <input type="checkbox"/> | NU | |
| 5. DLQI inițial ≥ 10 | <input type="checkbox"/> | DA | <input type="checkbox"/> | NU | |
| 6. DLQI actual ≤ 5 DLQI inițial | <input type="checkbox"/> | DA | <input type="checkbox"/> | NU | |
| 7. Ex. Histopatologic de PSO vulgar | <input type="checkbox"/> | DA | <input type="checkbox"/> | NU | |
| 8. Analize conform protocol: | | <input type="checkbox"/> | DA | <input type="checkbox"/> | NU |
| - HLG | <input type="checkbox"/> | - TGP | <input type="checkbox"/> | | |
| - VSH | <input type="checkbox"/> | - Creatinină | <input type="checkbox"/> | | |
| - TGO | <input type="checkbox"/> | - Ex. Sumar urină | <input type="checkbox"/> | | |
| 9. Testare TB conform protocol | <input type="checkbox"/> | DA | <input type="checkbox"/> | NU | |
| 10. Rx. Pulmonar | <input type="checkbox"/> | DA | <input type="checkbox"/> | NU | |
| 11. Chimioprofilaxie | <input type="checkbox"/> | DA | <input type="checkbox"/> | NU | |
| 12. Consimțământ conform protocol | <input type="checkbox"/> | DA | <input type="checkbox"/> | NU | |
| 13. Formular DLQI conform protocol | <input type="checkbox"/> | DA | <input type="checkbox"/> | NU | |

B. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. motive medicale | <input type="checkbox"/> |
| 2. voluntar | <input type="checkbox"/> |
| 3. reacții adverse | <input type="checkbox"/> |
| 4. tratament inefficient | <input type="checkbox"/> |

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