**Cod formular specific: L008C.1**

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

**- hematologie -**

**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* ***L008C.1***

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

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

1.LMC Ph1+ - **faza cronică**, nou diagnosticată, **la care TMO nu este considerat** tratament de prima linie**[[1]](#footnote-1)**🡪**adulți** DA NU

2.LMC Ph1+ - **faza cronică** după **eșecul cu alfa-interferon1**🡪**adulți** DA NU

3.LMC Ph1+ - **faza accelerată**, nou diagnosticată, **la care TMO nu este considerat** tratament de prima linie**1**🡪**adulți** DA NU

4.LMC Ph1+ - **faza accelerată**dupa**eșecul cu alfa-interferon1**🡪**adulți**  DA NU

5.LMC Ph1+ **- faza blastică**🡪**adulți** DA NU

6.LMC Ph1+ - **faza cronică**, nou diagnosticată, **la care TMO nu este considerat** tratament de prima linie 🡪**copii şi adolescent**  DA NU

7.LMC Ph1+ - **faza cronică** după **eșecul cu alfa-interferon**🡪**copii şi adolescenți**

 DA NU

8.LMC Ph1+ - **faza accelerată**🡪**copii şi adolescenți**  DA NU

9.LMC Ph1+ - **faza blastică**🡪**copii şi adolescenți**  DA NU

10.**LAL Ph1+** recent diagnosticată (**asociat cu chimioterapie**) 🡪**adulți**  DA NU

11.**LAL Ph1**+ recidivantă/refractară (**monoterapie**) 🡪**adulți** DA NU

12.**LAL Ph1**+ recent diagnosticată (asociat cu chimioterapie) 🡪**copii şi adolescenți**

 DA NU

13.**SMD/SMPC** + recombinarea genei factorului de creștere derivate din trombocit (**FCDP-R**) 🡪**adulți**  DA NU

14.**Sindrom hipereozinofilic avansat** (SHE) şi/sau **leucemie eozinofilică cronică** (LEC) + recombinare **FIP1L1-FCDP-Rα**🡪**adulți** DA NU

15.Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. medular

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

**d.** FISH

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

**f.** ex molecular (rearanjament genic)

**g.** ex imunofenotipic

**h.** ex citochimic

4.Declarație consimţământ pentru tratament semnată de pacient/aparținător DA NU

**b) Linia a II a de tratament :** DA NU

1.LMC Ph1+ - faza cronică – pacient intolerant la TKI de linia 1 🡪 adulți DA NU

2.Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. clinic

3. Declaraţie consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

1. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)**
2. LMC Ph1+ - faza cronică[[2]](#footnote-2)🡪 adulți DA NU
3. LMC Ph1+ - faza accelerată2🡪 adulți DA NU
4. LMC Ph1+ - faza blastică🡪 adulți DA NU
5. LMC Ph1+ - faza cronică 🡪 copii şi adolescenți DA NU
6. LMC Ph1+ - faza accelerată 🡪 copii şi adolescenți DA NU
7. LMC Ph1+ - faza blastică🡪copii şi adolescenți DA NU
8. LAL Ph1+ 🡪 adulți DA NU
9. LAL Ph1+ 🡪 copii şi adolescenți DA NU
10. SMD/SMPC + recombinarea genei factorului de creștere derivate din trombocit (FCDP-R) 🡪 adulți DA NU
11. Sindrom hipereozinofilic avansat (SHE) şi/sau leucemie eozinofilică cronică (LEC) + recombinare FIP1L1-FCDP-Rα 🡪 adulți DA NU
12. Metoda de evaluare: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

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

**c**. FISH

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

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.

\*Pentru situaţiile în care s-a completat denumirea comercială a medicamentului, solicit transmiterea confirmării înregistrării **formularului specific** de către CAS, la adresa de e-mail: ………………………………. sau la nr. de fax: ……………….…………

\*\*Se completează doar în situaţia în care nu poate fi transmisă online în PIAS cererea de completare a **formularului specific.**

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

1. ***Obligatoriu se completează denumirea comercială a medicamentului de referinţă în câmpul “3” de la capitolul I*** [↑](#footnote-ref-1)
2. ***Obligatoriu se completează denumirea comercială a medicamentului de referinţă în câmpul “3” de la capitolul I*** [↑](#footnote-ref-2)