

### REFERAT DE JUSTIFICARE

Către Casa de Asigurări de Sănătate .....

În atenția Comisiei naționale pentru aprobarea tratamentului cu imunosupresoare în poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă și artrita juvenilă.

### POLIARTRITA REUMATOÏDĂ (PR) - G 31b

FO.nr. .... aflat în evidență din .....

Numărul dosarului .....

Data dosarului .....

#### PACIENT

Nume .....

Prenume .....

Data nașterii:

CNP:

Adresa .....  
.....  
.....

Telefon ..... Casa de Asigurări de Sănătate .....

#### MEDIC CURANT

Nume .....

Prenume .....

Parafă .....

CNP:

Specialitatea .....

Unitatea sanitară .....

**I. CO-MORBIDITĂȚI ȘI ALTELE:**

A prezentat pacientul următoarele boli

(bifați varianta corespunzătoare la fiecare rubrică iar dacă răspunsul este DA, furnizați detalii):

	Da/Nu	Dată diagnostic (lună / an)	Tratament actual
Infecții acute - descrieți			
Infecții recidivante/persistente - descrieți			
TBC - dacă nu face tratament actual, data ultimului tratament și a ultimei evaluări fiziologice			
HTA			
Boală ischemică coronariană/I.M.			
I.C.C.			
Tromboflebită profundă			
AVC			
Epilepsie			
Boli demielinizante			
Astm bronșic			
BPOC			
Ulcer gastroduodenal			
Boli hepaticе - descrieți			
Boli renale - descrieți			
Diabet zaharat - tratament cu: dietă <input type="checkbox"/> ADO <input type="checkbox"/> insulină <input type="checkbox"/>			
Ulcere trofice			
Afecțiuni sanguine - descrieți			
Reacții (boli) alergice - descrieți: - locale - generale			
Reacții postperfuzionale - descrieți			
Afecțiuni cutanate - descrieți			
Neoplasme - descrieți localizarea			
Spitalizări			
Intervenții chirurgicale			
Alte boli semnificative			

## II. DIAGNOSTICUL ȘI ISTORICUL PR

Diagnostic cert de PR:

anul ..... luna .....

Data debutului PR:

anul ..... luna .....

Bifați tot ce este aplicabil:

1. redoare matinală > 1 h
2. artră/deformare la > 3 articulații
3. artră/deformare la articulațiile mâinilor
4. artră/deformare simetrică
5. noduli reumatoizi
6. FR prezent (cantitativ, precizați metoda)

.....

7. eroziuni la mâini/antepicioare

- precizați data .....

## III. TRATAMENTE DE FOND URMATE ANTERIOR

(în cazul modificării dozelor se trec data începerii și data întreruperii pentru fiecare doză)

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ / LL / AAAA)	Data întreruperii (ZZ / LL / AAAA)	Observații (motivul înterupterii, reacții adverse, ineficiență, etc.)

Termenul de *reacții adverse* se referă la reacții adverse majore, de principiu manifestările digestive de tip dispeptic nu se încadrează în această categorie și nu se justifică întreruperea/modificarea terapiei.

**IV. TRATAMENT DE FOND ACTUAL AL PR:**

	Doza actuală	Din data de (ZZ / LL / AAAA)	
1. Methotrexatum (MTX)			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de MTX? <input type="checkbox"/> DA - bifați
2. În caz de intoleranță MAJORĂ/CONFIRMATĂ (anexați documente medicale) la MTX, furnizați detalii privitoare la altă terapie de fond actuală ..... .....			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de terapie de fond? <input type="checkbox"/> DA - bifați

**V. ALTE TRATAMENTE ACTUALE ALE PR (AINS/CS)**

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ / LL / AAAA)	Data întreruperii (ZZ / LL / AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc.)

**VI. EVALUARE CLINICĂ**

Data (ZZ/LL/AAAA): .....

**A. Redoare matinală** (min) ..... (calculată ca diferență între răspunsul la întrebările b) și a)

- a) la ce oră te-ai trezit astăzi .....;  
 b) la ce oră se produce ameliorarea maximă a redorii ..... .

**B. Scara analogă vizuală** (completată de PACIENT, direct pe acest formular):

Cât de mare este durerea articulară pe care o simți? Vă rugăm să marcați cu o bară verticală pe linia de mai jos:

FOR  
OFFICE  
USE ONLY

Semnătura pacientului:

Data:

Scor: 

--	--	--

 mm

**C. Numărul de articulații** (se completează fiecare rubrică 0 sau 1, conform legendei)

0 - lipsă durere/tumefacție; 1 - prezență durere/tumefacție

Numele persoanei care efectuează numărătoarea articulară .....

	DREAPTA		STÂNGA	
	Durere	Tumefacție	Durere	Tumefacție
Acromioclavicular				
Cot				
RCC				
MCF-1				
MCF-2				
MCF-3				
MCF-4				
MCF-5				
IF deget 1				
IFP-2				
IFP-3				
IFP-4				
IFP-5				
Genunchi				
<b>TOTAL GENERAL (STG + DR)</b>	<b>Articulații dureroase:</b>		<b>Articulații tumefiate:</b>	

Indice composit DAS28 <sub>4w</sub>	La inițierea terapiei biologice		Predecent		Actual	
	Data	Valoarea	Data	Valoarea	Data	Valoarea

Afectare sistemică	DA	NU	Alte date semnificative de examen clinic
Sindrom sicca			
Serozită (pleurezie, pericardită)			
Vasculită			
Afectiune oftalmică			
Fibroză pulmonară			

Greutate (kg) .....

Talie (cm) .....

## VII. EVALUARE PARACLINICĂ

Analiza	Data (ZZ/LL/AAAA)	Rezultat	Valori normale
VSH (la o oră)			
CRP (cantitativ, se va preciza metoda): .....			
Hb			
Număr leucocite			
Formula leucocitară			
Trombocite			
Creatinină serică			
TGO			
TGP			
Examen sumar de urină			
IDR la PPD (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)*			
Radiografie pulmonară (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)			
Alte date de laborator semnificative			

\*În cazul unui IDR la PPD > 5 mm, se va atașa azivul medicului specialist pneumolog și se va preciza:

- tratamentul profilactic (medicament, doza):.....
- data începerii: .....

Se va atașa biletul de ieșire din spital dintr-un centru universitar (numai la inițiere).

Numele medicului specialist reumatolog din centrul universitar care a confirmat respectarea criteriilor de inițiere:.....

**VIII. TRATAMENTUL BIOLOGIC:**

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) ..... Doza (număr flacoane) .....

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) ..... Doza (număr flacoane) .....

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) ..... Doza (număr flacoane) .....

Precizați în cazul administrării subcutanate:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Reacții adverse (RA) legate de terapia PR (descrieți toate RA apărute de la completarea ultimei fișe de evaluare; prin reacție adversă se înțelege orice eveniment medical semnificativ, indiferent de relația de cauzalitate față de boală sau tratamentul administrat, vor fi precizate cel puțin: diagnostic, descrierea pe scurt a RA, data apariției/rezolvării, tratamentul aplicat):

.....  
 .....  
 .....  
 .....

În cazul în care se solicită schimbarea terapiei biologice vă rugăm să precizați motivul (ineficacitate, reacții adverse):

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**TRATAMENTUL PROPUȘ:**

(Bifati un singur tratament!)

**1. ETANERCEPTUM :**  E1 – 25 mg x 2/saptamana       E2 – 50 mg x 1/saptamana

**2. ADALIMUMABUM :**  A1 – 40 mg/2 saptamani

**3. INFliximabum :**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> I7 – 1 flacon la 8 saptamani         | <input type="checkbox"/> I13 – 1 flacon la 6 saptamani   | <input type="checkbox"/>                                 |
| <input type="checkbox"/> I2 – 2 flacoane la 0, 2, 6 săptamani | <input type="checkbox"/> I8 – 2 flacoane la 8 săptamani  | <input type="checkbox"/> I14 – 2 flacoane la 6 săptamani |
| <input type="checkbox"/> I3 – 3 flacoane la 0, 2, 6 săptamani | <input type="checkbox"/> I9 – 3 flacoane la 8 săptamani  | <input type="checkbox"/> I15 – 3 flacoane la 6 săptamani |
| <input type="checkbox"/> I4 – 4 flacoane la 0, 2, 6 săptamani | <input type="checkbox"/> I10 – 4 flacoane la 8 săptamani | <input type="checkbox"/> I16 – 4 flacoane la 6 săptamani |
| <input type="checkbox"/> I5 – 5 flacoane la 0, 2, 6 săptamani | <input type="checkbox"/> I11 – 5 flacoane la 8 săptamani | <input type="checkbox"/> I17 – 5 flacoane la 6 săptamani |
| <input type="checkbox"/> I6 – 6 flacoane la 0, 2, 6 săptamani | <input type="checkbox"/> I12 – 6 flacoane la 8 săptamani | <input type="checkbox"/> I18 – 6 flacoane la 6 săptamani |

**4. RITUXIMAB:**

R1 – 2 flacoane (500 mg x2) la 0, 2 săptamani

Semnătura și parafa medicului curant .....

**REFERAT DE JUSTIFICARE**

Către Casa de Asigurări de Sănătate .....

În atenția Comisiei naționale pentru aprobarea tratamentului cu imunosupresoare în poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă și artrita juvenilă.

**ARTROPATIA PSORIAZICĂ (AP) - G 31c**

FO nr. .... aflat în evidență din .....

Numărul dosarului .....

Data dosarului .....

**PACIENT**

Nume .....

Prenume .....

Data nașterii:

CNP:

Adresa .....

.....  
.....  
.....

Telefon .....

Casa de Asigurări de Sănătate .....

**MEDIC CURANT**

Nume .....

Prenume .....

Parafă .....

Specialitatea .....

Unitatea sanitară .....

**I. CO-MORBIDITĂȚI ȘI ALTELE:**

A prezentat pacientul următoarele boli

(bifați varianta corespunzătoare la fiecare rubrică iar dacă răspunsul este DA, furnizați detalii):

	Da/Nu	Data dg. (lună / an)	Tratament actual
Infecții acute - descrieți			
Infecții recidivante/persistente - descrieți			
TBC - dacă nu face tratament actual, data ultimului tratament și a ultimei evaluări fiziologice			
HTA			
Boală ischemică coronariană/I.M.			
I.C.C.			
Tromboflebită profundă			
AVC			
Epilepsie			
Boli demielinizante			
Astm bronșic			
BPOC			
Ulcer gastroduodenal			
Boli hepaticе - descrieți			
Boli renale - descrieți			
Diabet zaharat - tratament cu: dieta <input type="checkbox"/> ADO <input type="checkbox"/> insulină <input type="checkbox"/>			
Ulcere trofice			
Afectiuni sanguine - descrieți			
Reacții (boli) alergice - descrieți: - locale - generale			
Reacții postperfuzionale - descrieți			
Afectiuni cutanate - descrieți			
Neoplasme - descrieți localizarea			
Spitalizări			
Intervenții chirurgicale			
Alte boli semnificative			

## II. DIAGNOSTICUL ȘI ISTORICUL AP

Diagnostic cert de AP: anul ..... luna .....

Data debutului AP: anul ..... luna .....

Chirurgie articulară – descrieți:.....  
.....

## III. TRATAMENTE DE FOND URMATE ANTERIOR

(în cazul modificării dozelor se trec data începerii și data întreruperii pentru fiecare doză)

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ / LL / AAAA)	Data întreruperii (ZZ / LL / AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc.)

## IV. TRATAMENT DE FOND ACTUAL AL AP:

	Doza actuală	Din data de (ZZ / LL / AAAA)	
1. Methotrexatum (MTX)			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de MTX? <input type="checkbox"/> DA - bifați
2. În caz de intoleranță MAJORĂ/CONFIRMATĂ (anexați documente medicale) la MTX, furnizați detalii privitoare la altă terapie de fond actuală .....			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de terapie de fond? <input type="checkbox"/> DA - bifați

## V. ALTE TRATAMENTE ACTUALE ALE AP (AINS/CS)

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ / LL / AAAA)	Data întreruperii (ZZ / LL / AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc.)

## VI. EVALUARE CLINICĂ

Data (ZZ/LL/AAAA): .....

**A. Redoare matinală** (min) ..... (calculată ca diferență între răspunsul la întrebările b) și a)

- a) la ce oră te-ai trezit astăzi .....
- b) la ce oră se produce ameliorarea maximă a redorii .....

**B. Scara analogă vizuală** (completată de PACIENT, direct pe acest formular)

Cât de mare este durerea articulară pe care o simți? Vă rugăm să marcați cu o bară verticală pe linia de mai jos:

FOR  
OFFICE  
USE ONLY

Semnătura pacientului:

Data:

Scor:  mm

**C. Scara analogă vizuală** (completată de MEDIC, direct pe acest formular)

În general, cât de activă apreciați că este boala pacientului dumneavoastră? Vă rugăm să marcați cu o bară verticală pe linia de mai jos:

FOR  
OFFICE  
USE ONLY

Scor:  mm

**D. Numărul de articulații dureroase și tumefiate** (se completează fiecare rubrică 0 sau 1, conform legendei).

0 - lipsă durere/tumefacție; 1 - prezență durere/tumefacție

Numele persoanei care efectuează numărătoarea articulară .....

	DREAPTA			STÂNGA		
	Neevaluabilă	Durere	Tumefacție	Neevaluabilă	Durere	Tumefacție
Temporomandibulară						
Acromioclaviculară						
Sternoclaviculară						
Cot						
RCC						
MCP 1						
MCP 2						
MCP 3						

## VII. EVALUARE PARACLINICĂ

Analiza	Data (ZZ/LL/AAAA)	Rezultat	Valori normale
VSH (la o oră)			
CRP (cantitativ, se va preciza metoda): .....			
Hb			
Număr leucocite			
Formula leucocitară			
Trombocite			
Creatinină serică			
TGO			
TGP			
Examen sumar de urină			
IDR la PPD (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)*			
Radiografie pulmonară (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)			
Alte date de laborator semnificative			

\*În cazul unui IDR la PPD > 5 mm, se va atașa azivul medicului specialist pneumolog și se va preciza:

- tratamentul profilactic (medicament, doza):.....
- data începerii: .....

Se va atașa biletul de ieșire din spital dintr-un centru universitar (numai la inițiere).

Numele medicului specialist reumatolog din centru universitar care a confirmat respectarea criteriilor de inițiere:.....

MCP 4							
MCP 5							
IF deget 1							
IFP 2							
IFP 3							
IFP 4							
IFP 5							
IFD 2							
IFD 3							
IFD 4							
IFD 5							
Șold							
Genunchi							
TT							
Tars							
MTP 1							
MTP 2							
MTP 3							
MTP 4							
MTP 5							
IF PIP 1							
IF PIP/DIP 2							
IF PIP/DIP 3							
IF PIP/DIP 4							
IF PIP/DIP 5							

Articulații dureroase ..... Articulații tumefiate .....

La dosarul de inițiere se va atașa și numărătoarea articulațiilor dureroase și tumefiate efectuată în urmă cu 4 săptămâni.

Greutate (kg) ..... Talie (cm) .....

**VIII. TRATAMENTUL BIOLOGIC**

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) .....

Doza (număr flacoane) .....

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) .....

Doza (număr flacoane) .....

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) .....

Doza (număr flacoane) .....

Precizați în cazul administrării subcutanate:

.....  
 .....  
 .....

Reacții adverse (RA) legate de terapia PR (descrieți toate RA apărute de la completarea ultimei fișe de evaluare; prin reacție adversă se înțelege orice eveniment medical semnificativ, indiferent de relația de cauzalitate față de boală sau tratamentul administrat, vor fi precizate cel puțin: diagnostic, descrierea pe scurt a RA, data apariției/rezolvării, tratamentul aplicat):

.....  
 .....  
 .....

În cazul în care se solicită schimbarea terapiei biologice vă rugăm să precizați motivul (ineficacitate, reacții adverse):

.....  
 .....  
 .....

**TRATAMENTUL PROPUȘ:**

(Bifati un singur tratament!)

**1. ETANERCEPTUM :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> E1 – 25 mg x 2/saptamana        | <input type="checkbox"/> E2 – 50 mg x 1/saptamana        |
| <input type="checkbox"/> E 3 – (25 mg x 2) x 2/saptamana | <input type="checkbox"/> E 4 – (50 mg x 2) x 2/saptamana |

**2. ADALIMUMABUM :**

- A1 – 40 mg/2 saptamani

**3. INFILIXIMABUM :**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> I1 – 1 flacon la 0, 2, 6 saptamani     | <input type="checkbox"/> I11 – 1 flacon la 8 saptamani    | <input type="checkbox"/> I21 – 1 flacon la 6 saptamani    |
| <input type="checkbox"/> I2 – 2 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> I12 – 2 flacoane la 8 saptamani  | <input type="checkbox"/> I22 – 2 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I3 – 3 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> I13 – 3 flacoane la 8 saptamani  | <input type="checkbox"/> I23 – 3 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I4 – 4 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> I14 – 4 flacoane la 8 saptamani  | <input type="checkbox"/> I24 – 4 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I5 – 5 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> I15 – 5 flacoane la 8 saptamani  | <input type="checkbox"/> I25 – 5 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I6 – 6 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> I16 – 6 flacoane la 8 saptamani  | <input type="checkbox"/> I26 – 6 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I7 – 7 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> I17 – 7 flacoane la 8 saptamani  | <input type="checkbox"/> I27 – 7 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I8 – 8 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> I18 – 8 flacoane la 8 saptamani  | <input type="checkbox"/> I28 – 8 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I9 – 9 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> I19 – 9 flacoane la 8 saptamani  | <input type="checkbox"/> I29 – 9 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I10 – 10 flacoane la 0, 2, 6 saptamani | <input type="checkbox"/> I20 – 10 flacoane la 8 saptamani | <input type="checkbox"/> I30 – 10 flacoane la 6 saptamani |

Semnătura și parafa medicului curant .....

## REFERAT DE JUSTIFICARE

Către Casa de Asigurări de Sănătate .....

În atenția Comisiei naționale pentru aprobarea tratamentului cu imunosupresoare în poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă și artrita juvenilă.

## SPONDILITA ANCHILOZANTĂ (SA) - G 31d

FO nr. .... aflat în evidență din .....

Numărul dosarului .....

Data dosarului .....

### PACIENT

Nume .....

Prenume .....

Data nașterii:

CNP:

Adresa .....  
.....  
.....  
.....

Telefon ..... Casa de Asigurări de Sănătate .....

### MEDIC CURANT

Nume .....

Prenume .....

Parafă .....

Specialitatea .....

Unitatea sanitară .....

**I. CO-MORBIDITĂȚI ȘI ALTELE:**

A prezentat pacientul următoarele boli

(bifați varianta corespunzătoare la fiecare rubrică iar dacă răspunsul este DA, furnizați detalii):

	Da/Nu	Data dg. (lună / an)	Tratament actual
Infecții acute - descrieți			
Infecții recidivante/persistente - descrieți			
TBC - dacă nu face tratament actual, data ultimului tratament și a ultimei evaluări fiziológice			
HTA			
Boală ischemică coronariană/I.M.			
I.C.C.			
Tromboflebită profundă			
AVC			
Epilepsie			
Boli demielinizante			
Astm bronșic			
BPOC			
Ulcer gastroduodenal			
Boli hepaticе - descrieți			
Boli renale - descrieți			
Diabet zaharat - tratament cu: dieta <input type="checkbox"/> ADO <input type="checkbox"/> insulină <input type="checkbox"/>			
Ulcere trofice			
Afecțiuni sanguine - descrieți			
Reacții (boli) alergice - descrieți: - locale - generale			
Reacții postperfuzionale - descrieți			
Afecțiuni cutanate - descrieți			
Neoplasme - descrieți localizarea			
Spitalizări			
Intervenții chirurgicale			
Alte boli semnificative			

**II. DIAGNOSTICUL ȘI ISTORICUL SA**

Diagnostic cert de SA:

anul ..... luna .....

Data debutului SA:

anul ..... luna .....

Chirurgie articulară – descrieți:.....  
.....**III. TRATAMENTE CU AINS URMATE**

(în cazul modificării dozelor se trec data începerii și data întreruperii pentru fiecare doză)

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ / LL / AAAA)	Data întreruperii (ZZ / LL / AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc.)

**IV. TRATAMENTE DE FOND URMATE PENTRU FORMELE PERIFERICE:**

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ / LL / AAAA)	Data întreruperii (ZZ / LL / AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc.)

**V. ALTE TRATAMENTE URMATE (INCLUSIV AGENȚI BIOLOGICI)**

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ / LL / AAAA)	Data întreruperii (ZZ / LL / AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc.)

## VI. EVALUARE CLINICĂ

Data (ZZ/LL/AAAA): .....

**A. Redoare matinală** (min) ..... (calculată ca diferență între răspunsul la întrebările b) și a)

- a) la ce oră v-ați trezit astăzi .....;  
 b) la ce oră se produce ameliorarea maximă a redorii .....

### B. Durerea lombară joasă

Data debutului:.....

Ameliorare sub AINS: DA  NU   
 Influența efortului: Ameliorare  Agravare

### C. Afectarea periferică

**Numărul de articulații** (se completează fiecare rubrică 0 sau 1, conform legendei)

0 - lipsă durere/tumefacție; 1 - prezență durere/tumefacție

Numele persoanei care efectuează numărătoarea articulară .....

	DREAPTA			STÂNGA		
	Neevaluabilă	Durere	Tumefacție	Neevaluabilă	Durere	Tumefacție
Temporomandibulară						
Acromioclaviculară						
Sternoclaviculară						
Cot						
RCC						
MCP 1						
MCP 2						
MCP 3						
MCP 4						
MCP 5						
IF deget 1						
IFP 2						
IFP 3						
IFP 4						
IFP 5						
IFD 2						

IFD 3							
IFD 4							
IFD 5							
Șold							
Genunchi							
TT							
Tars							
MTP 1							
MTP 2							
MTP 3							
MTP 4							
MTP 5							
IF PIP 1							
IF PIP/DIP 2							
IF PIP/DIP 3							
IF PIP/DIP 4							
IF PIP/DIP 5							

**Articulații dureroase .....**      **Articulații tumefiate .....**

**Greutate (kg) .....**      **Talie (cm) .....**

**D. Entesite (localizare).....**

**E. Manifestări extra-articulare:**

Manifestări extra-articulare	DA	NU	Alte date semnificative de examen clinic
Oculare			
Pulmonare			
Neurologie			
Cardiace			
Renale			
Alte manifestari			

**F. Examen clinic:**

Indice	Initial	Precedent	Actual
Menton-stern			
Occiput-perete			
Schober			
Deget-sol			

**G. BASDAI** (completat de **PACIENT**, direct pe acest formular):

Va rugam marcati cu un X pe urmatoarele scale (0-10cm). Daca simptomele dvs. (durere, obosala) au avut variatii, marcati numarul care indica media severitatii acestora.

Cum au fost in ultima saptamana?

1. Care a fost gradul oboselii pe care ati resimtit-o?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absenta

Foarte severa

2. Cum ati descrie durerea de coloana cervicala, toracala sau lombara?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absenta

Foarte severa

3. Cum au fost per ansamblu durerile si tumefactiile pe care le-ati avut la nivelul articulatiilor periferice?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absenta

Foarte severa

4. Cum ati resimtit durerea la atingere sau presiune la nivelul zonelor dureroase (entezelor)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absenta

Foarte severa

5. Cum ati resimtit redoarea (intepeneala) de dimineata, dupa ce va trezeati?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absenta

Foarte severa

6. Cat timp apreciati ca dureaza redoarea (intepeneala), dimineata?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 ore

1 ora

2 ore sau peste

Semnătura pacientului:

Data:

BASDAI Calculat de medic	La initierea terapiei biologice		Predecent		Actual	
	Data	Valoarea	Data	Valoarea	Data	Valoarea

La dosarul de initiere se va ataşa și BASDAI completat de pacient cu 4 săptămâni anterior.

**VII. EVALUARE PARACLINICĂ**

Analiza	Data (ZZ/LL/AAAA)	Rezultat	Valori normale
VSH (la o oră)			
CRP (cantitativ, se va preciza metoda): .....			
Hb			
Număr leucocite			
Formula leucocitară			
Trombocite			
Creatinină serică			
TGO			
TGP			
Examen sumar de urină			
IDR la PPD (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)*			
Radiografie pulmonară (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)			
Alte date de laborator semnificative			

\*În cazul unui IDR la PPD > 5 mm, se va atașa azivul medicului specialist pneumolog și se va preciza:

- tratamentul profilactic (medicament, doza):.....
- data începerii: .....

HLA B27

Prezent Absent 

Explorări imagistice:

Se va atașa la dosar radiografia sau RMN de articulații sacro-iliace (numai la inițiere).

Se va atașa biletul de ieșire din spital dintr-un centru universitar (numai la inițiere).

Numele medicului specialist reumatolog din centrul universitar care a confirmat respectarea criteriilor de inițiere:.....

## VIII. TRATAMENTUL BIOLOGIC

### *Spondilita anchilozantă (SA) - G 31d*

### Data PEV (ZZ/LL/AAAA)

Doza (număr flacoane) .....

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) .....

Doza (număr flacoane) .....

Data PEV (ZZ/LL/AAAAA) .....

Doza (număr flacoane) .....

Precizați în cazul administrării subcutanate:

Răcăjii adverse (RA) legate de terapia PR (descrieți toate RA apărute de la completarea ultimei fișe de evaluare; prin reacție adversă se înțelege orice eveniment medical semnificativ, indiferent de relația de cauzalitate față de boala sau tratamentul administrat, vor fi precizate cel puțin: diagnostic, descrierea pe scurt a RA, data apariției/rezolvării, tratamentul aplicat):

În cazul în care se solicită schimbarea terapiei biologice vă rugăm să precizați motivul (ineficacitate reacții adverse):

## TRATAMENTUL PROBUS.

(Bifati un singur tratament!)

## LETANERGICUM

- E1 – 25 mg x 2/saptamana       E2 – 50 mg x 1/saptamana  
 E3 – (25 mg x 2) x 2/saptamana       E4 – (50 mg x 2) x 2/saptamana

## **2. ADALIMUMABUM :**

- A1 - 40 mg/2 saptamani

### **3. INFliximAbUm :**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> I1 – 1 flacon la 0, 2, 6 saptamani     | <input type="checkbox"/> II1 – 1 flacon la 8 saptamani     | <input type="checkbox"/> I21 – 1 flacon la 6 saptamani    |
| <input type="checkbox"/> I2 – 2 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> II2 – 2 flacoane la 8 saptamani   | <input type="checkbox"/> I22 – 2 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I3 – 3 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> II3 – 3 flacoane la 8 saptamani   | <input type="checkbox"/> I23 – 3 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I4 – 4 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> II4 – 4 flacoane la 8 saptamani   | <input type="checkbox"/> I24 – 4 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I5 – 5 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> II5 – 5 flacoane la 8 saptamani   | <input type="checkbox"/> I25 – 5 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I6 – 6 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> II6 – 6 flacoane la 8 saptamani   | <input type="checkbox"/> I26 – 6 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I7 – 7 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> II7 – 7 flacoane la 8 saptamani   | <input type="checkbox"/> I27 – 7 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I8 – 8 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> II8 – 8 flacoane la 8 saptamani   | <input type="checkbox"/> I28 – 8 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I9 – 9 flacoane la 0, 2, 6 saptamani   | <input type="checkbox"/> II9 – 9 flacoane la 8 saptamani   | <input type="checkbox"/> I29 – 9 flacoane la 6 saptamani  |
| <input type="checkbox"/> I10 – 10 flacoane la 0, 2, 6 saptamani | <input type="checkbox"/> II10 – 10 flacoane la 8 saptamani | <input type="checkbox"/> I30 – 10 flacoane la 6 saptamani |

**Semnătura și parafa medicului curant**

**REFERAT DE JUSTIFICARE**

Către Casa de Asigurări de Sănătate .....

În atenția Comisiei naționale pentru aprobarea tratamentului cu imunosupresoare în poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă și artrita juvenilă.

**ARTRITĂ IDIOPATICĂ JUVENILĂ (AIJ) - G 31e**

Diagnostic cert de AIJ:

anul ..... luna .....

Data debutului AIJ:

anul ..... luna .....

FO nr. ....

aflat în evidență din .....

Numărul dosarului .....

Data dosarului .....

**PACIENT**

Nume .....

Prenume .....

Data nașterii: CNP: 

Adresa .....

Telefon .....

Casa de Asigurări de Sănătate .....

**MEDIC CURANT**

Nume .....

Prenume .....

Parafă .....

CNP: 

Specialitatea .....

Unitatea sanitară .....

**I. CRITERIILE DE INCLUDERE****a. EXAMENUL OBIECTIV ARTICULAR**

Articulația	DREAPTA		STÂNGA	
	Tumefiere	Mobilitate redusă și dure la mișcare și/sau sensibilitate la palpare	Tumefiere	Mobilitate redusă și durere la mișcare și/sau sensibilitate la palpare
Coloana vertebrală cervicală				
Temporomandibulară				
Sternoclaviculară				
Acromioclaviculară				
Cot				
Radiocarpiană				
Metacarpofalangiene	I II III IV V			
Proximale interfalangiene	I II III IV V			
Șold				
Genunchi				
Tibiotarsiană				
Metatarsofalangiene	I II III			

	IV				
	V				
	VI				
Total STG + DR	Articulații tumefiate		Articulațiilor cu mobilitate redusă și durere și/sau sensibilitate a presiune		

NB: Se va nota cu 0 absenta afectării articulare; se va nota cu 1 prezenta fenomenelor articulare mentionate.

Greutatea corporala: ..... Talia: .....

### b. SINTEZA TERAPEUTICĂ

#### Tratamente următe anterior cu referire specifică la Methotrexat și / sau Prednison.

(în cazul modificării dozelor se trece data începerii și data întreruperii pentru fiecare doză)

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ/LL/AAAA)	Data întreruperii (ZZ/LL/AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență sau a fost bine tolerat)

#### Criterii de eligibilitate pentru tratamentul cu ETANERCEPT:

- Pacientul a urmat tratament continuu cu methotrexatum în ultimele ..... luni cu doza de ..... mg/săptămână.  
Tratamentul cu methotrexatum la doza mai sus menționată a determinat următoarele reacții adverse inacceptabile ..... după ..... săptămâni de administrare sau a fost bine tolerată.  
Notă: Simptomele "dispeptice" nu vor fi menționate ca reacții adverse inacceptabile decât dacă sunt severe și nu cedează la antiemetice.
- sau
- Pacientul a urmat tratament cu sulfasalazină în ultimele ..... luni cu doza de 50mg/kg/zi (până la maximum 2g/zi).  
Tratamentul cu sulfasalazină la doza mai sus menționată a determinat următoarele reacții adverse inacceptabile ..... după ..... săptămâni de administrare sau a fost bine tolerată.
- Pacientul a efectuat corticoterapie generală continuă în ultimele ..... luni cu doza echivalentă de ..... mg/Kg prednisonum sau corticoterapie intermitentă, după cum urmează ..... Corticoterapia efectuată ca mai sus a produs (sau nu) următoarele reacții adverse: .....

## II. ARGUMENTE PENTRU INCLUDEREA IN TRATAMENTUL CU ETANERCEPT

Pentru initierea terapiei biologice se impune certificarea diagnosticului, gradului de activitate al bolii și a necesitatii instituirii tratamentului biologic de către un medic de specialitate pediatrie dintr-un centru universitar (Bucuresti, Iasi, Cluj, Targu Mures, Constanta, Craiova, Timisoara). În acest scop la dosarul de initiere al terapiei biologice se va anexa biletul de externare semnat și parafat de către medicul pediatru cu ocazia internării într-o clinică de pediatrie din centrele universitare mentionate mai sus.

Propunerea de includere a acestui caz în programul terapeutic cu etanerceptum pe baza următoarelor argumente (**diagnosticul cert de AIJ și initierea tratamentului biologic vor fi obligatoriu validate într-un centru universitar!**):

.....  
.....  
.....  
.....

## III. CONDUITA TERAPEUTICĂ

Doza de etanerceptum pentru acest pacient este de ..... mg, de administrat subcutanat de două ori pe săptămână. Din considerente de ordin etic etanerceptum-ul nu se administrează în AIJ în monoterapie, ca atare methotrexatum-ul nu trebuie întrerupt înainte de începerea tratamentului, decât după ce decizia de a introduce terapia biologică a fost luată pentru reacții adverse inaceptabile la methotrexatum. În mod excepțional, și numai în primele 3 luni, se acceptă continuarea (eventual introducerea) corticoterapiei antiinflamatoare în așteptarea instalării efectului tratamentului biologic, dar la doze care să nu depășească echivalentul la 0,2 mg/kg/24 h prednisonum. Aceste date au fost comunicate medicului de familie prin scrisoarea medicală din data de (ZZ/LL/AAAA)..... (păstrați o copie a scrisorii).

## IV. TRATAMENT DE FOND ACTUAL AL AIJ:

	Doza actuală	Din data de (ZZ/LL/AAAA)	
1. Methotrexatum (MTX)			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de MTX? DA - bifați
2. În caz de intoleranță MAJORĂ / CONFIRMATĂ (anexați documente medicale) la MTX, furnizați detalii privitor la altă terapie de fond actuală. ..... .....			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de terapie de fond? DA - bifați

## V. EVALUAREA TRATAMENTULUI

### a. Evidența efectului

Criteriul CSD	Evaluare									
	Initială		La 6 luni		La 12 luni		La 18 luni		La 24 luni	
	Scor	%*	Scor	%*	Scor	%*	Scor	%*	Scor	%*
Nr. de articulații cu mobilitate redusă și durere și/sau sensibilitate la palpare										
Aprecierea globală a medicului										
Aprecierea globală a pacientului**										
CHAQ										
VSH(mm/lh)										
CRP (cantitativ, se va preciza metoda): .....										

\* Procentul ameliorării (-) sau agravării (+) față de scorul evaluării inițiale.

\*\*Cât de mare este durerea articulară pe care o simți? Vă rugăm să marcați cu o bară verticală pe linia de mai jos:



FOR  
OFFICE  
USE ONLY

Semnătura pacientului / părintelui sau apărătorului:

Data:

Scor:  mm

### b. Reacții adverse înregistrate

.....  
.....  
.....

### c. Complianța la tratament:

Bună

Necorespunzătoare

## VI. DECIZIA CONTINUĂRII SAU ÎNTRERUPERII TRATAMENTULUI

**a. Criteriul eficacității:**

Decizia	Evaluare				
	La 6 luni	La 12 luni	La 18 luni	La 24 luni	La 30 luni
Bolnavul continuă tratamentul					
Data (ZZ/LL/AAA)					

**b. Criteriile toleranței și compliantei:**

Tratamentul a fost întrerupt pentru (motivul intreruperii):

.....  
.....  
.....  
.....

**c. Criteriul terminării curei:**

Tratamentul a fost încheiat, conform protocolului convenit cu CNAS, la data de (ZZ/LL/AAAA)

**Concluzii, observații, recomandări:**

.....  
.....  
.....  
.....

**TRATAMENTUL PROPUȘ:**

ETANERCEPTUM: 1 flacon (25 mg) x 2/săptamana (0,4 mg/kg corp)

E1 – 25 mg x 2/săptamana

Semnătura și parafa medicului curant .....

## ANEXA 3

**FIŞA DE EVALUARE A PACIENTILOR CU PSORIAZIS ÎN VEDEREA  
INITIERII / CONTINUĂRII TRATAMENTULUI CU AGENȚI BIOLOGICI**

G31f

**DATE GENERALE**

Nume, prenume:

Sex: Feminin  Masculin 

Data nașterii (zi/lună/an): 00.00.2000 CNP: 00000000000000

Adresă corespondență/telefon:

Pacientul a semnat declarația de consumămant DA  NU Anexați un exemplar DA  NU 

Nume medic de familie + adresă corespondență :

**I. CO-MORBIDITĂȚI:**A prezentat pacientul următoarele boli  
(bifați varianta corespunzătoare la fiecare rubrică, dacă răspunsul este DA, furnizați detalii):

	DA	NU	Data dg.(lună/an)	Tratament actual
Infectii acute – descrieți				
Infectii recidivante/persistente – descrieți				
TBC – dacă nu face tratament actual, data ultimului tratament și data ultimei evaluări fitiofizilogice				
HTA				
Boala ischemică coronariană/IM				
ICC				
Tromboflebită profundă				
AVC				
Epilepsie				
Boli demielinizante				
Astrm bronșic				
BPOC				
Ulcer gastro-duodenal				
Boli hepatice – descrieți				

Boli renale – descrieți				
Diabet zaharat - tratament cu: dieta <input type="checkbox"/> oral <input checked="" type="checkbox"/> Insulină <input type="checkbox"/>				
Ulcere trofice				
Afectiuni sanguine – descrieți				
Reacții (boli) alergice – descrieți: locale - generale				
Reacții postperfuzionale -descrieți				
Afectiuni cutanate – descrieți				
Neoplasme – descrieți localizarea				
Spitalizări				
Intervenții chirurgicale				
Alte boli semnificative				

## II. DIAGNOSTICUL + ISTORICUL PSORIAZIS

Diagnostic cert de PSORIAZIS (anul) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....	Data debutului (anul) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....
--	---

Bifați și luna în cazul unui diagnostic/debut sub 1 an.

La inițierea tratamentului se va anexa și buletinul de analiza histopatologic, în original sau copie autentificată prin semnatura și parafa medicului curant dermatolog.

## III. TERAPII STANDARD URMATE ANTERIOR

(în cazul modificării dozelor se trece data de începerie și de oprire pentru fiecare doză)

Medicament	Doză	Data începerii	Data opririi	Obs. (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc)

\* termenul de „reacții adverse” se referă la **reacții adverse majore**, de principiu manifestările digestive de tip dispeptic nu se încadrează în această categorie și nu justifică întreruperea/modificarea terapiei.

**IV. TERAPII STANDARD SISTEMICE ACTUALE:**

	Doza actuală	Din data de	Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
2. În caz de intoleranță <b>MAJORĂ/CONFIRMATĂ</b> (anexați documente medicale) la terapiile sistemicе standard, furnizați detalii privitor la altă terapie actuală.			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de terapie standard DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>

**V. ALTE TRATAMENTE ACTUALE ALE PSORIAZISULUI**

Medicament	Doză	Data începerii	Data opririi	Obs. (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc)

**VI. EVALUARE CLINICĂ**

Data (zi, lună, an):  .  .

Scor PASI:

Scor DLQI:

Greutate (kg) :    kg

Talie (cm):

**VII. EVALUARE PARACLINICĂ**

se vor anexa buletinele de analiza cu valabilitate de 6 luni, in original sau copie autentificata prin semnatura si parafa medicului curant dermatolog.

Analiza	Data	Rezultat	Valori normale
VSH (la o oră)			
Hb			
Nr. leucocite			
Formulă leucocitară			
Trombocite			
Creatinină			
TGO			
TGP			
Ex. sumar urină			
IDR la PPD (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)			
Radiografie pulmonara (numai la inițierea terapiei sau la nevoie)			
Alte date de laborator semnificative			

Precizați în cazul administrării subcutanate (pentru adalimumab, etalizumab sau etanercept, se notează regimul terapeutic, doza, interval adm.):

Precizați în cazul administrării în perfuzie (pentru infliximab) :  
Tratamentul se face conform schemei clasice (0,2, 6 și apoi la fiecare 8 săptămâni) DA  NU   
descrieți:

Data PEV (zi, lună, an)							
Doza (nr. flacoane)							
Data PEV (zi, lună, an)							
Doza (nr. flacoane)							
Data PEV (zi, lună, an)							
Doza (nr. flacoane)							

Reacții adverse legate de terapia PSORIAZIS (descrieți toate R.A. apărute de la completarea ultimei fișe de evaluare; prin reacție adversă se înțelege orice eveniment medical semnificativ, indiferent de relația de cauzalitate față de boală sau tratamentul administrat, vor fi precizate cel puțin: dg., descrierea pe scurt a R.A., data apariției/rezolvării, tratamentul aplicat):

Medic curant (dermatolog)  
(Nume, locul de muncă, adresă corespondență, număr telefon și fax)

Data:

**NOTĂ:**

Fișa se completează cîteț, la toate rubricile, alegînd varianta corespunzătoare și precizînd detalii acolo unde sunt solicitate. **Fișele incomplete nu vor fi analizate.** Completarea fișei se face la inițierea terapiei, la 3 luni și apoi în principiu la fiecare 6 luni (sau mai des la solicitarea Comisiei). Odată cu propunerea de inițiere a terapiei, medicul curant semnatăr al fișei își asumă responsabilitatea privind corectitudinea datelor furnizate și acceptă să prezinte (la cererea Comisiei) documente medicale care să le justifice, de asemenea acceptă și obligația de a administra corect terapia

și de a face monitorizarea corespunzătoare a pacientului, în vederea evaluării eficienței și siguranței tratamentului.

La evaluările de control vor fi completate cu date suplimentare rubricile corespunzătoare privind evoluția bolii, terapia administrată, eventualele reacții adverse și co-morbidități.

Se consideră implicită semnalarea oricărora reacții adverse semnificative, precum și efectuarea unei evaluări finale în cazul întreruperii terapiei (din orice motiv să se facă aceasta).

După întreruperea terapiei este obligatorie efectuarea unor evaluări de control, la fiecare 6 luni, pentru toți pacienții care au fost supuși tratamentului cu agenți biologici. Este obligatorie păstrarea dosarului medical complet al pacientului (bilete pentru eventuala solicitare a acestuia de către Comisie, fișe ambulator, analize medicale, etc) la medicul curant semnatari al fișei

## DECLARAȚIE DE CONSUMÂMANT INFORMAT

Subsemnatul/Subsemnata ..... menționez că mi-a fost explicat pe înțelesul meu diagnosticul, planul de tratament și mi s-au comunicat informații cu privire la gravitatea bolilor, precum și posibilele reacții adverse sau implicații pe termen lung asupra stării de sănătate ale terapiilor administrate și îmi asum și însușesc tratamentele propuse și voi respecta indicațiile date.

Am luat la cunoștință că, pe parcursul acestui proces, va fi asigurată confidențialitatea deplină asupra datelor mele personale și medicale, eventuala prelucrare a acestora făcându-se în mod anonim. Colecțarea datelor solicitate va contribui atât la îmbunătățirea îngrijirii mele medicale, cât și la ameliorarea serviciilor de sănătate asigurate tuturor pacienților.

Am înțeles informațiile prezentate și declar în deplină cunoștință de cauză că mi le însușesc în totalitate, așa cum mi-au fost explicate de domnul/doamna dr. ....

Nume/Prenume (completați cu MAJUSCULE):  
.....

Semnătura:

Data:

## CONSUMÂMÂNT PACIENT

**Subsemnata/ul.....**

**CNP:**

Domiciliat/ă în str....., nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....,  
sector....., localitatea....., județul....., telefon.....,  
având diagnosticul .....  
sunt de acord să urmez tratamentul cu .....

Am fost informat/ă asupra importanței, efectelor și consecințelor administrării acestei terapii cu produse biologice.

Mă declar de acord cu instituirea acestui tratament precum și a tuturor examenelor clinice și de laborator necesare unei conduite terapeutice eficiente.

Mă declar de acord să urmez instrucțiunile medicului curant, să răspund la întrebări și să semnalez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei.

**Medicul specialist care a recomandat tratamentul:**

.....  
Unitatea sanitară unde se desfășoară monitorizarea tratamentului  
.....

**Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos încercuind răspunsul potrivit:**

1. Ați discutat cu medicul curant despre tratamentul pe care îl veți urma?

DA / NU

2. Ați înțeles care sunt beneficiile și riscurile acestui tratament?

DA / NU

3. Ați luat cunoștință despre reacțiile adverse ale acestui tratament?

DA / NU

4. Sunteți de acord să urmați acest tratament?

DA / NU

Nume/Prenume (completați cu majuscule): .....

Semnătura pacientului:

Data: