

**ANEXA I**

**FIŞĂ DE SOLICITARE A TERAPIEI BIOLOGICE PENTRU PACIENTII CU BOLI INFLAMATORII  
INTESTINALE NESPECIFICE (BOALA CROHN, RECTOCOLITA ULCERO-HEMORAGICĂ,  
COLITA NEDETERMINATĂ)**

**PACIENT:**

Nume: ..... Prenume: .....  
 CNP:

ASIGURAT LA CAS.....

Pacientul este internat in sectia de gastroenterologie ..... cu FO nr.....

**DIAGNOSTIC.....**

SEVERITATE.(scor CDAI sau UCDAI).....

EXTENSIE/LOCALIZARE/scor endoscopic(CU).....

FORMA CLINICO-EVOLUTIVĂ.....

COMPLICATII.....

**SOLICITARE IN REGIM\***       DE URGENȚĂ       NORMAL**TRATAMENT SOLICITAT** INFILXIMAB INDUCȚIE.....mg la S0,S2,S6 MENTINERE.....mg la .....săpt interval ADALIMUMAB INDUCȚIE.....mg la s0 și s4 MENTINERE.....mg la .....săpt interval

Greutatea pacientului: ..... kg

Tratamente imunosupresoare anterioare efectuate (se vor preciza medicamentele, dozele si intervalul de ..... tratament):  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Data primei administrări: .....

Anexăm următoarele buletine de analiză (se va bifa căsuța corespunzătoare):

- hemograma     VSH     PCR     AgHBs     Ac anti-VHC     HIV     Endoscopic digestiv     examen histopatologic     ex. videocapsulă     enteroCT/RMN     Ecografie endorectală     examen Pansdorf     examen chirurgical     viz pneumolog     buletin IDR/QUANTIFERON TB GOLD test     buletin radiografie pulmonară     Referat medic curant     Consimțământul scris

## BILANT BIOLOGIC

	INDUCTIE		MENȚINERE			
	Săpt. 0	Săpt. 14	6 luni	12 luni	18 luni	24 luni
Hemoglobina (hematocrit)						
Leucocite						
Trombocite						
VSH						
PCR						
Ag HBs						
Ac VHC						
HIV						
Reacții adverse						

- Se vor anexa în copie toate bulcările de analiză (conforme cu cele originale)
- Pentru pacienții cu afecțiuni asociate bolilor inflamatorii intestinale nespecifice se vor anexa avizele medicului specialist (pentru afecțiunea respectivă), în vederea inițierii sau continuării terapiei
- Referatul medicului prescriptor și Consimțământul scris al pacientului sunt obligatorii
  - Vor fi menționate și raportate toate reacțiile adverse apărute în intervalul precedent

Se solicită întreruperea tratamentului din următoarele motive:

.....

.....

.....

.....

Subsemnatul Dr....., în calitate de medic prescriptor, îmi asum răspunderea pentru tratamentul recomandat, pentru veridicitatea informațiilor despre pacientul meu și declar că acesta îndeplinește *Criteriile de recomandare a terapiei biologice în bolile inflamatorii intestinale* din protocolul elaborat de CNAS și nu prezintă contraindicații pentru terapia cu agenți biologici. Anexez Consimțământul informat al pacientului și Referatul medical.

Unitatea Sanitară.....

Data ..... Semnătura și parafa medicului prescriptor

Data..... Avizul medicului coordonator de la nivelul CAS

G3/a

## CONSUMÂNT SCRIS AL PACIENTULUI

Subsemnat/ă.....  
 CNP:

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

 INFILIMABUM ADALIMUMABUM

Am fost informat/ă asupra terapiei biologice și asupra consecințelor administrării ei.

Am fost informat/ă că există posibilitatea ca tratamentul să nu fie eficient.

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, să răspund la întrebări și să semnalez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei.

Mă oblig să anunț medicul curant în cazul în care trebuie să iau alte medicamente decât cele prescrise de acesta.

Mă oblig să informez medicul curant și casa de asigurări de sănătate alături/cărei asigurat/ă sunt despre tratamentele pe care le-am urmat anterior și să dau toate detaliile cu privire la acesta.

Mă declar de acord cu întreruperea tratamentului în cazul apariției reacțiilor adverse sau a lipsei de răspuns terapeutic.

Medicul specialist care a recomandat tratamentul

Unitatea sanitată unde se desfășoară monitorizarea tratamentului

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

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

DA / NU

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

DA / NU

3. Sunteți de acord să urmați acest tratament?

DA / NU

4. Ați înțeles că acest tratament scade imunitatea și crește riscul de apariție a unor infecții sau tumorii, cu consecințe foarte grave asupra sănătății dumneavoastră (putând conduce chiar la deces) care pot determina oprirea tratamentului?

DA / NU

Data .....

Semnătura pacientului .....

**ANEXA 2**

**FISĂ DE INITIERE SI MONITORIZARE A TRATAMENTULUI HEPATITEI CRONICE B, C, D SI  
CIROZEI HEPATICE B, C, D**

**PACIENT:**

Nume: ..... Prenume: .....

CNP:

**DIAGNOSTIC:** .....

- INITIERE  
 CONTINUARE  
 STOP TRATAMENT

Cauza.....

**ASIGURAT LA CAS.** .....

Greutatea pacientului: ..... kg

**Tratamente antivirale anterioare efectuate (se vor preciza medicamentele, dozele si perioada de tratament efectuată):**

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

**SE SOLICITĂ TRATAMENT CU:** (se vor bifa casutele si se vor scrie dozele):

- INTERFERONUM ALFA 2 A .....  PEGINTERFERONUM ALFA 2 A  
 INTERFERONUM ALFA 2 B .....  PEGINTERFERONUM ALFA 2 B  
 RIBAVIRINUM .....  LAMIVUDINUM  
 ENTECAVIRUM .....  ADEFOVIRUM DIPIVOXILUM

**PENTRU O PERIOADĂ DE** (se va scrie perioada de tratament recomandată):

.....

Data primei administrări: .....

**Anexăm următoarele buletine de analiză (se va bifa căsuța corespunzătoare):**

- |   |   |  |                                       |                                       |                                  |
|---|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hemograma  | <input type="checkbox"/> activitatea de protrombină           | <input type="checkbox"/> timpul de protrombină           | <input type="checkbox"/> transaminaze |                                       |                                  |
| <input type="checkbox"/> AgHBs cantitativ                                   | <input type="checkbox"/> AgHBe                                | <input type="checkbox"/> Ac anti-HBe                     | <input type="checkbox"/> ADN-VHB      | <input type="checkbox"/> IgG anti-VHD | <input type="checkbox"/> ARN-VHC |
| <input type="checkbox"/> punctie biopsie hepatică                           | <input type="checkbox"/> ecografie abdominală                 | <input type="checkbox"/> endoscopie digestivă superioară |                                       |                                       |                                  |
| <input type="checkbox"/> determinare AFP                                    | <input type="checkbox"/> ARN-VHC la .... săptămâni de terapie | <input type="checkbox"/> Bilirubina                      | <input type="checkbox"/> GGT          |                                       |                                  |
| <input type="checkbox"/> Consimțământ scris al pacientului este obligatoriu |   |  |                                       |                                       |                                  |

BILANT BIOLOGIC SI MORFOLOGICHEPATITA CRONICA / CIROZA VHC

	Săpt. 0	Săpt. 4	Săpt. 12	Săpt. 24	Săpt. 48	Săpt. 72
Hemoglobina (hematoerit)						
Leucocite						
Neutrofile						
Trombocite						
ALT						
Ag HBs						
ARN VHC						
PBH sau teste non-invazive	Se va scrie doar activitatea necroinflamatorie si stadiul fibrozei si se va atasă buletinul PBH sau a testelor non invazive Exemplu: Metavir A2F2					
Autoanticorpi						
Hormoni tiroidieni						

HEPATITA CRONICA / CIROZA VHB

	Săpt. 0	Săpt. 12	Săpt. 24	Săpt. 48	Săpt. 72	Săpt. 96	Săpt. 120	Săpt. 144
Hemoglobina (hematoerit)								
Leucocite								
Neutrofile								
Trombocite								
ALT								
AST								
Ac anti-VHC								
Ag HBs (titru)								
Ag HBe								
Anti-HBc								
Anti-VHD (IgG)								
ADN VHB								
PBH sau teste non-invazive	Se va scrie doar activitatea necroinflamatorie si stadiul fibrozei si se va atasă buletinul PBH sau a testelor non invazive Exemplu: Ishak A3F3							

- Se vor anexa în copie toate buletinele de analiză (conforme cu cele originale)
- La pacienții cu ciroză hepatică se vor anexa obligatoriu și rezultatele :
  - a)Ecografie abdominală ; b)Endoscopie digestivă superioară;
- Pentru pacientii cu afectiuni asociate hepatitei cronice sau cirozei hepatiche se vor anexa avizele medicului specialist (pentru afectiunea respectiva), în vederea inițierii sau continuării terapiei antivirale.

**Se solicită întreruperea tratamentului din următoarele motive:**

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

**Unitatea Sanitară .....**

**Medic curant .....**

**Şef secţie .....**

**Director spital .....**

**Data .....**



## CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OLT

Aleea Muncii Nr. 1-3, Slatina, Olt	Nr.ord.com/an	989/1998
Tel: 0372756697	A.F./C.U.I.	11340121
Fax: 0372877480, 0372877481	Contul	RO67TREZ506261121603XXXXX
TEL VERDE: 0800.800.961	Banca	TREZORERIA SLATINA
E-mail: medicsef.casot@gmail.com	Capital social	-

## CONSUMTAMANT INFORMAT PENTRU PACIENT

**Referitor la** derularea procedurii de aprobare a initierii/continuarii tratamentului specific hepatitelor cronice si cirozei hepatic de etiologie virală, precum și boala inflamatorie cronica intestinala, în conformitate cu prevederile Ordinului Presedintelui CNAS nr. 180/2013 privind aprobarea regulamentelor de organizare și funcționare ale Comisiilor de experti de la nivelul CNAS pentru implementarea unor programe naționale, respective subprograme de sănătate, cu scop curative, finanțate din bugetul FNUASS, precum și pentru anumite boli cronice, respective anumite DCI-uri prevăzute de HG 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, va informa asupra procedurii de lucru:

1. dosarele se depun la CJAS de către pacient sau de reprezentanți legali ai acestora. Dosarele se verifică și se depun la CJAS pentru care optează pacientul, astfel: - la casa de asigurări de sănătate unde figurează pacientul ca asigurat, sau – la casa de asigurări de sănătate care se află în contract cu medicul prescriptor al pacientului
2. dosarul de inițiere/continuare va cuprinde toate documentele și investigațiile necesare analizării dosarului în conformitate cu Ordinul 1301/500/2008 pentru aprobarea protocolelor terapeutice
3. nu se acceptă transmiterea prin fax a documentelor/investigațiilor medicale care lipsesc de la dosar
4. dacă dosarul transmis spre inițiere/continuare este incomplet, va fi respins de CNAS ca nefondat, întreaga responsabilitate pentru lipsa de acoperire cu tratament revine în exclusivitate medicului curant
5. documentele lipsă vor face obiectul unui alt dosar care va fi transmis de CJAS, în luna următoare
6. dosarele vor fi transmise către CNAS în original, numai prin postă
7. dosarele de continuare se vor transmite în timp util pentru a exista posibilitatea tehnică de analiză a dosarelor, astfel încât să nu existe disfuncționalități în continuarea terapiei asigurărilor
8. dosarele de inițiere se transmit de CJAS conform priorității, și se înregistrează la CNAS până la data de 15 de lunii următoare celei în care a fost transmisa prioritarea. Dosarele de inițiere vor face obiectul analizei în sedințele Comisiei de Experti din luna următoare.

9. la depunerea dosarelor asiguratii sau reprezentanti legali vor semna un document prin care sunt informati inca de la depunerea dosarului, atat asupra circuitului documentelor cat si asupra responsabilitatilor ce le revin in vederea administrarii in conditii optime a tratamentului si totodata care sunt consecintele nerespectarii termenelor de depunere a dosarelor sau depunerea documentatiei incomplete(faptul ca intarzierile in aprobarea dosarelor atrag dupa sine intreruperea terapiei, neexistand posibilitatea aprobarii retroactive a tratamentului)
10. dupa terminarea sedintei de analiza, sunt redactate decizii de aprobare/neaprobatie a tratamentului specific, care vor fi transmise prin fax, catre CJAS in termen de 48 de ore de la data Comisiei CNAS.
11. CAS Olt va inainta catre cabinetele medicale unde isi desfasoara activitatea medica prescriptori, adrese cu asiguratii care beneficiaza de terapia aprobata, insotite de decizii emise de catre Comisia CNAS precum si schemele de tratament printate din aplicatie astfel incat prescriptia electronica sa fie eliberata in conformitate
12. pacientii care sunt initiatii cu terapia antivirala vor fi informati de catre CAS Olt, atat telefonic cat si prin document scris, transmis pe adresa de domiciliu, cu privire la terapia initiată si perioada de aprobare a tratamentului, precum si datele de contact ale medicilor prescriptori care sunt in relatie contractuala cu CAS Olt.
13. pentru orice alte informatii ne puteti contacta la nr telefon 0372756697 – Medic Sef, 0372756699 – Serviciul Medical

Data

Semnatura asigurat/reprezentant legal

## CONSUMĂMÂNT SCRIS AL PACIENTULUI

Subsemnatul.....

CNP:

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

INTERFERONUM ALFA 2 A .....  PEGINTERFERONUM ALFA 2 A

INTERFERONUM ALFA 2 B .....  PEGINTERFERONUM ALFA 2 B

RIBAVIRINUM .....  LAMIVUDINUM

ENTECAVIRUM .....  ADEFEOVIRUM DIPIVOXILUM

și cu o durată de  12 săptămâni  16 săptămâni  20 săptămâni  24 săptămâni.

Am fost informat/ă asupra conținutului, importanței și consecințelor administrării acestei terapii.

Am fost informat/ă că există o probabilitate mare (45 - 46%) ca tratamentul să nu fie eficient.

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, să răspund la întrebări și să semnalez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei.

Mă oblig să anunț medicul curant în cazul în care trebuie să iau alte medicamente decât cele prescrise de acesta.

Mă oblig să informez medicul curant și casa de asigurări de sănătate ..... alături/cărei asigurat/ă sunt despre tratamentele antivirale pe care le-am urmat anterior și să dau toate detaliile cu privire la acesta.

Mă declar de acord cu întreruperea tratamentului în cazul apariției reacțiilor adverse sau a lipsei de răspuns terapeutic.

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 risurile acestui tratament?

DA / NU

3. Sunteți de acord să urmați acest tratament?

DA / NU

4. Ați înțeles că reacțiile adverse ale acestui tratament (cum ar fi scăderea numărului leucocitelor, numărului trombocitelor, stări depresive etc), care pot avea consecințe foarte grave asupra sănătății dumneavoastră, putând conduce chiar la deces, pot impune oprirea tratamentului?

DA / NU

Data .....

Semnătura pacientului .....