

RITUXIMABUM

Indicatii:

- limfom folicular CD20+ grad III-IV, in asociere cu chimioterapie, netratat anterior
- limfom folicular CD20+ grad III-IV chimiorezistent sau care a recidivat >2 ori dupa chimioterapie
- LMNH difuz cu celula mare B CD20+, in asociere cu chimioterapia
- tratament de intretinere a limfomului folicular CD20+ refractar/ recidivat care a raspuns la tratamentul de inductie cu chimioterapie ±rituximab (administrat la 2-3 luni, timp de 2 ani)
- tratament de prima sau a doua linie si a altor tipuri de limfoame (limfom de manta, limfom Burkitt,etc.)
- Leucemia limfatica cronica CD20+ in asociere cu chimioterapie, netratata anterior / recadere

Contraindicatii:

- Pacienti cunoscuti cu anafilaxie sau hipersensibilitate IgE-mediata la proteine de soarece/ excipienti

Documente necesare:

INITIERE TRATAMENT:

- **hemoleucograma** (hemoglobina, hematocrit, numar leucocite, numar trombocite) + **formula leucocitara**
- **biopsie de organ + teste imunohistochimice / examen imunofenotipic**
- **examen medular ± teste imunohistochimice / examen imunofenotipic**
- **examene imagistice** (radiografie pulmonara, ecografie abdominala, computer tomograf, etc.)
- scrisoare medicala sau bilet de externare in care sa fie mentionat tratamentul anterior (tip, durata) si raspunsul la tratament (in cazul tratamentului de linia a 2-a / tratament de intretinere)
- declaratie de acceptare a tratamentului cu semnatura pacientului
- copie dupa buletin / carte de identitate
- dovada de asigurat
- **referatul** de necesitate completat **corect, complet** si **actualizat** (nu se admit adnotari pe referate mai vechi):
 - diagnostic complet; specificarea tipului de indicatie (initiere tratament : 1-a sau a 2-a linie de tratament, intretinere)
 - **doza totala** de administrat (mg)
 - lunile pentru care se face solicitarea

CONTINUARE TRATAMENT:

- **hemoleucograma** (hemoglobina, hematocrit, număr leucocite, număr trombocite) + **formula leucocitara**
- scrisoare medicala sau bilet de externare in care sa fie mentionat raspunsul la tratament
- copie dupa buletin / carte de identitate
- dovada de asigurat
- **referatul** de necesitate completat **corect, complet** si **actualizat** (nu se admit adnotari pe referate mai vechi):
 - diagnostic complet; specificarea tipului de indicatie: **continuare** tratament
 - **doza totala** de administrat (mg)
 - lunile pentru care se face solicitarea

TRATAMENT DE INTRETINERE:

- **hemoleucograma** (hemoglobina, hematocrit, număr leucocite, număr trombocite) + **formula leucocitara**
- scrisoare medicala sau bilet de externare in care sa fie mentionat raspunsul la tratament
- copie dupa buletin / carte de identitate
- dovada de asigurat
- **referatul** de necesitate completat **corect, complet** si **actualizat** (nu se admit adnotari pe referate mai vechi):
 - diagnostic complet; specificarea tipului de indicatie: tratament de intretinere
 - **doza totala** de administrat / luna (mg)
 - lunile pentru care se face solicitarea