**Cod formular specific: L041M**

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

**PENTRU SPONDILITĂ ANCHILOZANTĂ** - **AGENŢI BIOLOGICI**

**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* ***L041M***

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**
2. Diagnostic cert de SA(criterii NY 1984, adaptate) cu imagistică ca dovadă DA NU
3. BASDAI>6 la 2 evaluări succesive de cel puțin 4 săptămâni DA NU
4. ASDAS≥2,5 DA NU
5. VSH>28mm/1h si/sau PCR>3x valoarea normală (cantitativ) DA NU
6. Eșecul a 2 cure de AINS de minim 6 săpt. fiecare DA NU
7. Răspuns ineficient la SSZ cel puțin 4 luni pentru formele periferice DA NU
8. Răspuns ineficient la cel puțin o administrare de glucocorticoid injectabil local

 DA NU

1. Prezenţa coxitei, uveitei sau a BID dovedite DA NU
2. 2 BASDAI la 2 evaluări successive separate de cel puțin 4 săpt., screeninguri şi analize de laborator conform Fişei de Iniţiere obligatorii din RRBR(element de audit/control date în format electronic) DA NU
3. Absenţa contraindicațiilor recunoscute la terapia biologică (pentru ambele forme axiale şi mixte) DA NU
4. Fişă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli Reumatice) DA NU
5. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului DA NU

1. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**
2. Răspuns terapeutic/răspuns parțial ASDAS conform protocolului (se continuă terapia)

 DA NU

1. Lipsă de răspuns terapeutic ASDAS conform protocolului (se face switch)

 DA NU

1. Reacție adversă raportată în Fişa de Reacție Adversă din RRBR şi ANM (se face switch)

 DA NU

1. BASDAI şi analize de laborator conform Fişei de Monitorizare obligatorii din RRBR(element de audit/control date în format electronic) DA NU
2. Fişă pacient introdusă în RRBR DA NU
3. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
4. Reacție adversă severă DA NU
5. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului DA NU

Subsemnatul, dr. …………………....................................................…, răspund de realitatea şi exactitatea completării prezentului formular.

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