**Cod formular specific: L01BC07**

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

**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* ***L01BC07***

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

1. **Diagnostic: a)** Leucemie acută mieloidă (LAM) DA NU

**b)** Leucemie mielomonocitară cronică (LMMC) DA NU

c**)** Sindroame mielodisplazice cu risc intermediar-2 şi mare DA NU

2. **Leucemie acută mieloidă (LAM) cu 20-30% blaşti şi linii multiple de displazie**, conform clasificării OMS 🡪adulti DA NU

3. **Leucemie mielomonocitară cronică** (LMMC) **cu 10-19% blaşti medulari**, **fără boală mieloproliferativă** şi **neeligibili pentru transplantul** de celule stem hematopoietice 🡪adulți

 DA NU

4. **Sindroame mielodisplazice cu risc intermediar-2 şi mare**, conform sistemului internaţional de punctaj referitor la prognostic (IPSS clasic, Greenberg 1997/98), **neeligibili pentru transplantul** de celule stem hematopoietice 🡪adulți DA NU

5. Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. medular

**c.**ex imunofenotipic

**d.** ex. citogenetic

**e.** IPSS

6. Declarație de consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

1. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
2. Sarcină
3. Alăptare
4. Tumorimalignehepatice
5. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)**
6. Metoda de evaluare: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.**ex. medular

1. Evoluția sub tratament DA NU

- favorabilă

- staționară

- progresie

1. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
2. Reacții adverse de tip anafilactic

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.

1. Alte reacții adverse severe
2. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
3. Deces
4. Alte cauze

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

Data: Semnătura şi parafa medicului curant