**Cod formular specific: B02BX04**

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

**- indicația purpură trombocitopenică imună (idiopatică) cronică (PTI)-**

**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* ***B02BX04***

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)**
2. Diagnostic: **Purpură trombocitopenică imună** (idiopatică) **cronică** (PTI) DA NU
3. Purpură trombocitopenică imună (idiopatică) cronică (PTI), refractari la alte tratamente (de exemplu: corticosteroizi, imunoglobuline) 🡪 adulți DA NU
4. Metoda de diagnostic: DA NU

**a.** Hemoleucograma+FL

**b.** ex. medular

**c.** probe hepatice

1. Declarație consimţământ pentru tratament semnată de pacient DA NU
2. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
3. Insuficienţa hepatică DA NU
4. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)**
5. Metoda de evaluare: DA NU

**a.** Hemoleucograma (Număr trombocite)

**b.** probe hepatice

1. Evoluția sub tratament:
2. favorabilă
3. staţionară
4. progresie

1. **CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**
2. Pierderea răspunsului după tratament administrat în intervalul de doze recomandate (după patru săptămâni de tratament cu doza maximă săptămânală de 10 μg/kg romiplostim, dacă numărul trombocitelor nu creşte la o valoare suficientă pentru a evita hemoragiile semnificative din punct de vedere clinic)
3. Eşecul menţinerii răspunsului plachetar cu tratament administrat în intervalul de doze recomandate
4. Semne clinice şi biologice de insuficienţă hepatică
5. Necomplianţapacientului ]
6. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
7. Deces
8. Alte cauze

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

\*Solicit transmiterea confirmării înregistrării **formularului specific**de către CAS, la adresa de e-mail: ………………………………. sau la nr. de fax: ……………….…………

\*\*Se completează doar în situaţia în care nu poate fi transmisă online în PIAS cererea de completare a **formularului specific.**

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