**Cod formular specific: L047C.2**

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE**

**AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI PEMETREXEDUM**

**- indicaţia carcinoma pulmonar-**

**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**: **în data**:

**d**



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

**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**:

**pâ**

**nă**

**a**:



|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**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**”!



**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (\*toate aceste criterii trebuie sa fie îndeplinite)**

**1.** Declaraţia de consimţământ pentru tratament semnată de pacient: DA NU



**2.** Diagnostic de carcinom pulmonar non-scuamos confirmat histopatologic / citologic:

DA NU



**3.** Boala metastazată, local avansată sau recidivată (chirurgical nerezecabilă): DA NU



**4.** Sunt eligibile pentru tratament următoarele categorii de pacienți: DA NU



a. Fără tratament chimioterapic anterior,

b. Pacienți tratați anterior specific

c. Ca tratament de întreținere la pacienți cu răspuns terapeutic favorabil la chimioterapia de inducție

**5.** Vârsta > 18 ani: DA NU



**6.** Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiții de siguranță:

DA NU



- neutrofile> 1.500/mm3, trombocite > 100.000/mm3



- bilirubina totală < 1,5 x limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST, ALT) < 3 x LSN (pacienți fără metastaze hepatice) si < 5 x LSN (încazulprezențeimetastazelor hepatice)



- clearance al creatininei > 60 ml/min



**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

**(\*criterii cumulative cu bifa nu)**

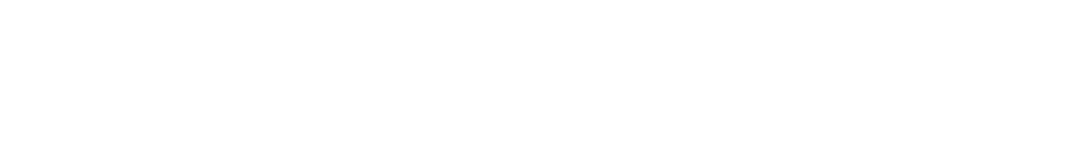
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Vaccinare recentă cu vaccin împotriva febrei galbene: | DA | NU |
| **2.** | Sarcină / alăptare): | DA | NU |
| **3.** | Neurotoxicitate grad 3 sau 4: | DA | NU |
| **4.** | Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dinexcipienți: | DA | NU |

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (\***toate aceste criterii trebuie sa fie îndeplinite**)**



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Statusul bolii la data evaluării – demonstrează beneficiu terapeutic:  A. Remisiune completă |  | |
|  | B. Remisiune parțială |
|  | C. Boală stabilă  D. Beneficiu clinic |
| **3.** | Starea clinică a pacientului permite continuarea tratamentului: | DA | NU |
| **4.** | Probele biologice permit continuarea tratamentului în condiții de siguranță: | DA | NU |

**Criterii de întrerupere temporară a tratamentului (\***în eventualitatea în care apar, tratamentul cu **PEMETREXEDUM** se întrerupe *până la recuperarea / rezolvarea evenimentului respectiv***,** după care tratamentul se poate relua, în funcție de decizia medicului curant)



1.Toxicitate hematologică / non-hematologică de grad 3 sau 4, după 2 scăderi succesive ale dozelor

**D.CRITERII DE ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂA TRATAMENTULUI (\***oricare din aceste criterii- minim unul, trebuie sa fie îndeplinit**)**



**1. *Statusul bolii*** la data evaluării – este demonstrată lipsa beneficiului terapeutic a.Boala progresivă documentată obiectiv (imagistic)



b.Lipsa beneficiului clinic (deteriorare simptomatică)

***2. Deces***



**3. *Efecte secundare inacceptabile*** pentru continuarea tratamentului



**4. *Decizia medicului***, cauza fiind: …………………………….……...



**5. *Decizia pacientului***, cauza fiind: …………………………………..



**6. *Alt motiv***, specificat: ……………………………………………….



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

Data: Semnătura şi parafa medicului curant



|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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.