**Cod formular specific: L040M**

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

**PENTRU ARTROPATIE PSORIAZICĂ** - **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* ***L040M***

1. **CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**
2. Diagnostic cert de AP (criterii CASPAR) DA NU
3. AP severă DAPSA>28 DA NU
4. > 5 articulații dureroase/ tumefiate DA NU
5. VSH>28mm/1h si/sau PCR>3x valoarea normală (cantitativ) DA NU
6. Lipsă de răspuns la 2 csDMARD ca doze şi durată conform precizărilor din protocol

DA NU

1. Lipsă de răspuns la 1 csDMARD ca doze şi durată conform precizărilor din protocol (AP factor de prognostic nefavorabil) DA NU
2. Răspuns ineficient la SSZ cel puțin 4 luni pentru formele periferice DA NU
3. Răspuns ineficient la cel puțin o administrare de glucocorticoid injectabil local

DA NU

1. 2VAS (globală şi durere), screeninguri şi analize de laborator conform Fişei de Inițiere obligatorii din RRBR(element de audit/control date în format electronic) DA NU
2. Absenţa contraindicațiilor recunoscute la terapia biologică DA NU
3. Fişă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli Reumatice) DA NU

1. **CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**
2. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului DA NU
3. **CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**
4. Răspuns terapeutic DAPSA conform protocolului (se continuă terapia) DA NU
5. Răspuns parţial/Lipsa de răspuns terapeutic DAPSA conform protocolului (se face switch)

DA NU

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

DA NU

1. VAS 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