

Cod formular specific: L01XE08

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

SECȚIUNEA I - DATE GENERALE

1. Unitatea medicală:

2. CAS / nr. contract:/.....

3. Cod parafă medic:

4. Nume și prenume pacient:

CNP / CID:

5. FO / RC: în data:

6. S-a completat "Secțiunea II- date medicale" din Formularul specific cu codul:

7. Tip evaluare: inițiere continuare întrerupere

8. Încadrare medicament recomandat în Listă:

boala cronică (sublista C secțiunea C1), cod G:

PNS (sublista C secțiunea C2), nr. PNS: , cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală*), după caz:

ICD10 (sublista A, B, C secțiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (*varianta 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:

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 (specifice tipului de diagnostic)**a) Linia I** DA NU1. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+)**nou diagnosticata** → adulți DA NU

3. Metoda de diagnostic:

 DA NUa. Hemoleucograma+FL b. ex. medular c. ex citogenetic (Ph1+) d. FISH e. ex molecular (bcr-abl)

4. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de pacient

 DA NU**b) Linia aIIa si a IIIa** DA NU1. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+)cu **rezistența** la terapii anterioare → adulți DA NU2. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+)cu **intoleranță** la terapii anterioare → adulți DA NU3. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază accelerată** cu cromozom Philadelphia pozitiv(Ph1+) cu **rezistență** la terapii anterioare → adulți DA NU4. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază accelerată** cu cromozom Philadelphia pozitiv(Ph1+) cu **intoleranță** la terapii anterioare → adulți DA NU

5. Metoda de diagnostic:

 DA NUa. Hemoleucograma+FL b. ex. medular c. ex citogenetic (Ph1+) d. ex molecular (bcr-abl)

6. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de pacient

 DA NU

7. Tratament anterior:

 DA NUa) imatinib b) dasatinib

B. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)

1. Linia I de tratament DA NU
2. Linia a II a si a III a de tratament DA NU
3. Metoda de evaluare: DA NU
- a. Hemoleucograma+FL
4. Evoluția sub tratament DA NU
- favorabilă
- staționară
- progresie

C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
2. Intoleranță la tratament
3. Deces
4. Alte cauze

Subsemnatul, dr.....,răspund de realitatea și exactitatea completării prezentului formular.

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

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

Data:

Semnătura și 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.