

Cod formular specific: L01XE24

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

**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)

1. **Leucemia mieloida cronică (LMC)** în faza **cronică**, care prezintă **rezistență** la dasatinib sau nilotinib, și pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutația T315I  DA  NU
2. **Leucemia mieloida cronică (LMC)** în faza **accelerată**, care prezintă **rezistență** la dasatinib sau nilotinib, și pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutația T315I  DA  NU
3. **Leucemia mieloida cronică (LMC)** în faza **blastică**, care prezintă **rezistență** la dasatinib sau nilotinib, și pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutația T315I  DA  NU
4. **Leucemia mieloida cronică (LMC)** în faza **cronică**, care prezintă **intoleranță** la dasatinib sau nilotinib și pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutația T315I  DA  NU
5. **Leucemia mieloidă cronică (LMC)** în faza **accelerată**, care prezintă **intoleranță** la dasatinib sau nilotinib și pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutația T315I  DA  NU
6. **Leucemia mieloida cronică (LMC)** în faza **blastică**, care prezintă **intoleranță** la dasatinib sau nilotinib și pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutația T315I  DA  NU
7. **Leucemia limfoblastică acută** cu cromozom Philadelphia pozitiv (LLA Ph+), care prezintă **rezistență** la dasatinib, și pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutația T315I  DA  NU
8. **Leucemia limfoblastică acută** cu cromozom Philadelphia pozitiv (LLA Ph+), care prezintă **intoleranță** la dasatinib și pentru care tratamentul ulterior cu imatinib nu este adecvat din punct de vedere clinic, sau care prezintă mutația T315I  DA  NU
9. **Modifică specifică** fiecărei indicații):  DA  NU

- a. Hemoleucograma+FL
- b. ex. medular
- c. ex citogenetic (Ph1+)
- d. FISH
- e. ex molecular (bcr-abl)
- f. ex imunofenotipic

Originalul dosarului pacientului, împreună cu toate documentele anexate (evaluări clinice și buletine de laborator sau imagistice, consimțământul informat, declarația pe propria răspundere a pacientului, evaluarea statusului cardio-vascular, formularul specific, confirmarea înregistrării formularului etc.), constituie documentul-sursă față de care, se poate face auditarea/controlul datelor completate în formular.

j. lipaza serica

10. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

- Alergie la substanța activă sau la oricare dintre excipienți DA NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

1. Metoda de evaluare: DA NU

a. Hemoleucograma+FL

b. ex. medular

c. ex citogenetic (Ph1+)

2. Evoluția sub tratament DA NU

- favorabilă

- staționară

- progresie

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

1. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare

2. Intoleranță la tratament

3. Eșec terapeutic

4. Deces

5. Alte cauze

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

Data:

Semnătura și parafa medicului curant