

REFERAT DE JUSTIFICARE

Către Casa de Asigurări de Sănătate

În atenția Comisiei naționale pentru aprobarea tratamentului cu imunosupresoare în poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă și artrita juvenilă.

SPONDILITA ANCHILOZANTĂ (SA) - G 31d

FO nr.

aflat în evidență din

Numărul dosarului

Data dosarului

PACIENT

Nume

Prenume

Data nașterii: CNP: Adresa
.....
.....

Telefon

Casa de Asigurări de Sănătate

MEDIC CURANT

Nume

Prenume

Parafa

CNP:

Specialitatea

Unitatea sanitară

I. CO-MORBIDITĂȚI ȘI ALTELE:

A prezentat pacientul următoarele boli

(bifați varianta corespunzătoare la fiecare rubrică iar dacă răspunsul este **DA**, furnizați detalii):

	Da/Nu	Data dg. (lună / an)	Tratament actual
Infecții acute - descrieți			
Infecții recidivante/persistente - descrieți			
TBC - dacă nu face tratament actual, data ultimului tratament și a ultimei evaluări fiziologice			
HTA			
Boală ischemică coronariană/I.M.			
I.C.C.			
Tromboflebită profundă			
AVC			
Epilepsie			
Boli demielinizante			
Astm bronșic			
BPOC			
Ulcer gastroduodenal			
Boli hepatice - descrieți			
Boli renale - descrieți			
Diabet zaharat - tratament cu: dietă <input type="checkbox"/> ADO <input type="checkbox"/> insulină <input type="checkbox"/>			
Ulcere trofice			
Afecțiuni sanguine - descrieți			
Reacții (boli) alergice - descrieți: - locale - generale			
Reacții postperfuzionale - descrieți			
Afecțiuni cutanate - descrieți			
Neoplasme - descrieți localizarea			
Spitalizări			
Intervenții chirurgicale			
Alte boli semnificative			

II. DIAGNOSTICUL ȘI ISTORICUL SA

Diagnostic cert de SA: anul luna

Data debutului SA: anul luna

Chirurgie articulară – descrieți:.....
.....**III. TRATAMENTE CU AINS URMATE**

(în cazul modificării dozelor se trec data începerii și data întreruperii pentru fiecare doză)

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ / LL / AAAA)	Data întreruperii (ZZ / LL / AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc.)

IV. TRATAMENTE DE FOND URMATE PENTRU FORMELE PERIFERICE:

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ / LL / AAAA)	Data întreruperii (ZZ / LL / AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc.)

V. ALTE TRATAMENTE URMATE (INCLUSIV AGENȚI BIOLOGICI)

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ / LL / AAAA)	Data întreruperii (ZZ / LL / AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc.)

VI. EVALUARE CLINICĂ

Data (ZZ/LL/AAAA):

A. Redoare matinală (min) (calculată ca diferență între răspunsul la întrebările b) și a)

a) la ce oră v-ati trezit astăzi

b) la ce oră se produce ameliorarea maximă a redorii

B. Durerea lombară joasă

Data debutului:.....

Ameliorare sub AINS: DA NU Influența efortului: Ameliorare Agravare **C. Afectarea periferică****Numărul de articulații** (se completează fiecare rubrică 0 sau 1, conform legendei)

0 - lipsă durere/tumefacție; 1 - prezență durere/tumefacție

Numele persoanei care efectuează numărătoarea articulară

	DREAPTA			STÂNGA		
	Neevaluabilă	Durere	Tumefacție	Neevaluabilă	Durere	Tumefacție
Temporomandibulară						
Acromioclaviculară						
Sternoclaviculară						
Cot						
RCC						
MCP 1						
MCP 2						
MCP 3						
MCP 4						
MCP 5						
IF deget 1						
IFP 2						
IFP 3						
IFP 4						
IFP 5						
IFD 2						

IFD 3						
IFD 4						
IFD 5						
Șold						
Genunchi						
TT						
Tars						
MTP 1						
MTP 2						
MTP 3						
MTP 4						
MTP 5						
IF PIP 1						
IF PIP/DIP 2						
IF PIP/DIP 3						
IF PIP/DIP 4						
IF PIP/DIP 5						

Articulații dureroase **Articulații tumefiate**

Greutate (kg) **Talie (cm)**

D. Entesite (localizare).....

E. Manifestări extra-articulare:

Manifestări extra-articulare	DA	NU	Alte date semnificative de examen clinic
Oculare			
Pulmonare			
Neurologie			
Cardiace			
Renale			
Alte manifestari			

F. Examen clinic:

Indice	Inițial	Precedent	Actual
Menton-stern			
Occiput-perete			
Schober			
Deget-sol			

G. BASDAI (completat de **PACIENT**, direct pe acest formular):

Va rugam marcati cu un X pe urmatoarele scale (0-10cm). Daca simptomele dvs. (durere, oboseala) au avut variatii, marcati numarul care indica media severitatii acestora.

Cum au fost in ultima saptamana?

1. Care a fost gradul obosealii pe care ati resimtit-o?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absenta

Foarte
severa

2. Cum ati descrie durerea de coloana cervicala, toracala sau lombara?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absenta

Foarte
severa

3. Cum au fost per ansamblu durerile si tumefactiile pe care le-ati avut la nivelul articulatiilor periferice?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absenta

Foarte
severa

4. Cum ati resimtit durerea la atingere sau presiune la nivelul zonelor dureroase (entezelor)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absenta

Foarte
severa

5. Cum ati resimtit redoarea (intepeneala) de dimineata, dupa ce va trezeati?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absenta

Foarte
severa

6. Cat timp apreciati ca dureaza redoarea (intepeneala), dimineata?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 ore

1 ora

2 ore sau peste

Semnătara pacientului:

Data:

BASDAI Calculat de medic	La inițierea terapiei biologice		Precedent		Actual	
	Data	Valoarea	Data	Valoarea	Data	Valoarea

La dosarul de inițiere se va atașa și BASDAI completat de pacient cu 4 săptămâni anterior.

VIII. TRATAMENTUL BIOLOGIC

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) Doza (număr flacoane)

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) Doza (număr flacoane)

Data PEV (ZZ/LL/AAAA) Doza (număr flacoane)

Precizați în cazul administrării subcutanate:

.....
.....

Reacții adverse (RA) legate de terapia PR (descrieți toate RA apărute de la completarea ultimei fișe de evaluare; prin reacție adversă se înțelege orice eveniment medical semnificativ, indiferent de relația de cauzalitate față de boală sau tratamentul administrat, vor fi precizate cel puțin: diagnostic, descrierea pe scurt a RA, data apariției/rezolvării, tratamentul aplicat):

.....

În cazul în care se solicită schimbarea terapiei biologice vă rugăm să precizați motivul (ineficacitate, reacții adverse):

.....

TRATAMENTUL PROPUS:

(Bifati un singur tratament!)

1. ETANERCEPTUM : E1 – 25 mg x 2/saptamana E2 – 50 mg x 1/saptamana E3 – (25 mg x 2) x 2/saptamana E4 – (50 mg x 2) x 2/saptamana**2. ADALIMUMABUM :** A1 – 40 mg/2 saptamani**3. INFLIXIMABUM :** I1 – 1 flacon la 0, 2, 6 saptamani I11 – 1 flacon la 8 saptamani I21 – 1 flacon la 6 saptamani I2 – 2 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I12 – 2 flacoane la 8 saptamani I22 – 2 flacoane la 6 saptamani I3 – 3 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I13 – 3 flacoane la 8 saptamani I23 – 3 flacoane la 6 saptamani I4 – 4 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I14 – 4 flacoane la 8 saptamani I24 – 4 flacoane la 6 saptamani I5 – 5 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I15 – 5 flacoane la 8 saptamani I25 – 5 flacoane la 6 saptamani I6 – 6 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I16 – 6 flacoane la 8 saptamani I26 – 6 flacoane la 6 saptamani I7 – 7 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I17 – 7 flacoane la 8 saptamani I27 – 7 flacoane la 6 saptamani I8 – 8 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I18 – 8 flacoane la 8 saptamani I28 – 8 flacoane la 6 saptamani I9 – 9 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I19 – 9 flacoane la 8 saptamani I29 – 9 flacoane la 6 saptamani I10 – 10 flacoane la 0, 2, 6 saptamani I20 – 10 flacoane la 8 saptamani I30 – 10 flacoane la 6 saptamani

Semnătura și parafa medicului curant