

Cod formular specific: L014C

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

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: 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"!

A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT (specifice tipului de diagnostic)

a) Linia I

DA NU

1. Limfom nonHodgkin difuz cu celula mare B CD20+, în asociere cu chimioterapia CHOP sau CHOP-like

DA NU

2. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV, netratat anterior, în asociere cu chimioterapie

DA NU

3. Leucemia limfatică cronică CD20+ netratată anterior în asociere cu chimioterapie

DA NU

4. Alte tipuri de limfoame CD20+ (limfom de manta, limfom Burkitt, etc)

DA NU

5. Metoda de diagnostic:

a. Hemoleucograma+FL

b. ex. medular

c. imunofenotipare prin citometrie în flux

sau

d. examen histopatologic cu imunohistochimie

e. testare infecție cu virusul hepatitic B

6. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de pacient

DA NU

b) Linia II + Reinițiere

DA NU

1. Limfom nonHodgkin difuz cu celula mare B CD20+, în asociere cu chimioterapia

DA NU

2. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV chimiorezistent, în asociere cu chimioterapie

DA NU

3. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV chimiorezistent, în monoterapie

DA NU

4. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV care a recidivat ≥ 2 ori după chimioterapie, în asociere cu chimioterapie

DA NU

5. Limfom folicular CD20+ stadiul III-IV ce a recidivat ≥ 2 ori după chimioterapie, în monoterapie

DA NU

6. Leucemia limfatică cronică CD20+ recăzută, în asociere cu chimioterapie

DA NU

7. Alte tipuri de limfoame CD20+ (limfom de manta, limfom Burkitt, etc)

DA NU

8. Metoda de diagnostic:

a. Hemoleucograma+FL

b. ex. medular

c. imunofenotipare prin citometrie în flux

sau

- d. examen histopatologic cu imunohistochimie
- e. testare infecție cu virusul hepatitic B
9. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de pacient DA NU
- c) Menținere** DA NU
1. Limfomul folicular CD20+ netratat anterior care a răspuns la terapia de inducție (administrat la 2 -3 luni, timp de 2 ani) DA NU
2. Limfomul folicular CD20+ refractar care a răspuns la tratamentul de inducție (administrat la 2 -3 luni, timp de 2 ani) DA NU
3. Limfomul folicular CD20+ recidivat care a răspuns la tratamentul de inducție (administrat la 2-3 luni, timp de 2 ani) DA NU
4. Metoda de diagnostic:
- a. Hemoleucograma+FL
- b. ex. clinic

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Infecții severe, active
2. Hepatită cronică VHB+ activă

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

1. Metoda de evaluare:
- a. Hemoleucograma
- b. ex. clinic
2. Evoluția sub tratament:
- favorabilă
- staționară
- progresie

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Progresia bolii sub tratament și pierderea beneficiului clinic
2. Toxicitate inacceptabilă
3. Reactivare hepatita B
4. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
5. Deces
6. Alte cauze

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

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.