

Cod formular specific: L01CD04

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

**- indicația carcinom prostatic metastatic -**

**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"!

**SECȚIUNEA II - DATE MEDICALE***Cod formular specific L01CD04*

Indicație: în asociere cu prednison sau prednisolon, pentru tratamentul pacienților adulți cu cancer de prostată metastatic rezistent la castrare, tratați anterior după o schemă de tratament conținând docetaxel

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Diagnostic de carcinom al prostatei, confirmat histopatologic   | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU |
| 2. Boala metastatică (diagnostic de stadiu stabilit imagistic)   | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU |
| 3. Rezistența la „castrare” sau hormonorezistență  | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU |
| 4. Trebuie să fi fost administrată anterior chimioterapie cu docetaxel   | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU |
| 5. ECOG 0-2  | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU |
| 6. Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiții de siguranță – în opinia medicului curant, specialist în Oncologie Medicală | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU |
| 7. Declarația de consimțământ pentru tratament semnată:  | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU |

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Hipersensibilitate la cabazitaxel, la alți taxani sau la polisorbata 80 sau la oricare dintre excipienți. | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU |
| 2. Număr de neutrofile mai mic de 1500/mm <sup>3</sup>   | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU |
| 3. Insuficiență hepatică severă (valorile bilirubinei totale $\geq 3 \times$ LSVN)                           | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU |
| 4. Vaccinare concomitentă cu vaccin împotriva febrei galbene.  | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU |

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

(\*toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Statusul bolii la data evaluării- demonstrează beneficiu clinic: |                          |
| A. Remisiune completă   | <input type="checkbox"/> |
| B. Remisiune parțială   | <input type="checkbox"/> |
| C. Boală stabilă  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Fără apariția toxicităților ce depășesc beneficiul terapeutic.   | <input type="checkbox"/> |

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Progresia bolii   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Deces   | <input type="checkbox"/> |
| 3. Reacții adverse inacceptabile și necontrolate chiar după terapia simptomatică și întreruperea temporară a tratamentului | <input type="checkbox"/> |
| 4. Decizia medicului, cauza: .....   | <input type="checkbox"/> |
| 5. Decizia pacientului, cauza: .....   | <input type="checkbox"/> |

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.