

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:  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. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+)

**nou diagnosticata** → adulți

DA  NU

3. Metoda de diagnostic:

a. Hemoleucograma+FL

b. ex. medular

c. ex. citogenetic (Ph1+)  sau

d. FISH  sau

e. ex. molecular (bcr-abl)

4. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de pacient

DA  NU

**b) Linia aIIa si a IIIa**

DA  NU

1. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+)

cu **rezistența** la terapii anterioare → adulți

DA  NU

2. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază cronică** cu cromozom Philadelphia pozitiv (Ph1+)

cu **intoleranță** la terapii anterioare → adulți

DA  NU

3. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază accelerată** cu cromozom Philadelphia pozitiv

(Ph1+) cu **rezistență** la terapii anterioare → adulți

DA  NU

4. Leucemia mieloidă cronică (LMC) în **fază accelerată** cu cromozom Philadelphia pozitiv

(Ph1+) cu **intoleranță** la terapii anterioare → adulți

DA  NU

5. Metoda de diagnostic:

a. Hemoleucograma+FL

b. ex. medular

c. ex. citogenetic (Ph1+)  sau

d. ex. molecular (bcr-abl)  sau

e. ex. FISH

6. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de pacient

DA  NU

7. Tratament anterior:

DA  NU

a) 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:
- a. Hemoleucograma+FL
4. Evoluția sub tratament
- 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.

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.