

Cod formular specific: L047C.2

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI PEMETREXEDUM****- indicația carcinoma pulmonar-****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"!

**SECȚIUNEA II - DATE MEDICALE**

Cod formular specific L047C.2

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

(\*toate aceste criterii trebuie sa fie îndeplinite)

1. Declarația de consimțământ pentru tratament semnată de pacient: DA  NU
2. Diagnostic de carcinom pulmonar non-scuamos confirmat histopatologic / citologic: DA  NU
3. Boala metastazată, local avansată sau recidivată (chirurgical nerezecabilă): DA  NU
4. Sunt eligibile pentru tratament următoarele categorii de pacienți: DA  NU
- a. Fără tratament chimioterapic anterior,
- b. Pacienți tratați anterior specific
- c. Ca tratament de întreținere la pacienți cu răspuns terapeutic favorabil la chimioterapia de inducție
5. Vârsta > 18 ani: DA  NU
6. Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiții de siguranță: DA  NU
- neutrofile > 1.500/mm<sup>3</sup>, trombocite > 100.000/mm<sup>3</sup>
- bilirubina totală ≤ 1,5 x limita superioară a normalului (LSN), transaminaze (AST, ALT) ≤ 3 x LSN (pacienți fără metastaze hepatice) și ≤ 5 x LSN (încăzulprezențemetastazelor hepatice)
- clearance al creatininei ≥ 60 ml/min

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

(\*criterii cumulative cu bifa nu)

1. Vaccinare recentă cu vaccin împotriva febrei galbene: DA  NU
2. Sarcină / alăptare): DA  NU
3. Neurotoxicitate grad 3 sau 4: DA  NU
4. Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dinexcipienți: DA  NU

**C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI**

(\*toate aceste criterii trebuie sa fie îndeplinite)

1. Statusul bolii la data evaluării – demonstrează beneficiu terapeutic:
- A. Remisiune completă
- B. Remisiune parțială
- C. Boală stabilă
- D. Beneficiu clinic
3. Starea clinică a pacientului permite continuarea tratamentului: DA  NU
4. Probe biologice permit continuarea tratamentului în condiții de siguranță: DA  NU

**Criterii de întrerupere temporară a tratamentului** (\*în eventualitatea în care apar, tratamentul cu **PEMETREXEDUM** se întrerupe până la recuperarea / rezolvarea evenimentului respectiv, după care tratamentul se poate relua, în funcție de decizia medicului curant)

1. Toxicitate hematologică / non-hematologică de grad 3 sau 4, după 2 scăderi succesive ale dozelor

#### **D.CRITERII DE ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂ A TRATAMENTULUI**

(\*oricare din aceste criterii- minim unul, trebuie sa fie îndeplinit)

1. **Statusul bolii** la data evaluării – este demonstrată lipsa beneficiului terapeutic

a. Boala progresivă documentată obiectiv (imagistic)

b. Lipsa beneficiului clinic (deteriorare simptomatică)

2. **Deces**

3. **Efecte secundare inacceptabile** pentru continuarea tratamentului

4. **Decizia medicului**, cauza fiind: .....

5. **Decizia pacientului**, cauza fiind: .....

6. **Alt motiv**, specificat: .....

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.