

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI ELTROMBOPAG****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"!

A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT

I. ADULȚI

1. Diagnostic: **Purpură trombocitopenică imună** (idiopatică) **cronică** (PTI) DA NU
2. Pacienți recăzuți sau refractari după prima linie de tratament
(corticosteroizi, imunoglobuline) DA NU
3. Metoda de diagnostic:
- a. Hemoleucograma+FL
- b. Evaluare splină (în vederea splenectomiei)
- c. Control oftalmologic pt. cataractă
- d. Examenе biochimice: glicemie, probe hepatice (transaminaze, bilirubină)
4. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

II. COPII

1. Vârsta > 1 an
2. Diagnostic: **Purpură trombocitopenică imună** (idiopatică) **cronică** (PTI)
3. Refractari la alte tratamente (corticosteroizi, imunoglobuline)
4. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de părinți/apartinători/tutore DA NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

ADULȚI+COPII

1. Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți DA NU
2. Insuficiență hepatică (scor Child-Pugh ≥ 5) DA NU

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

I. ADULȚI

1. Metoda de evaluare:
- a. Hemoleucograma (numar trombocite, frotiu din sânge periferic)
- c. Examen oftalmologic
- d. Examenе biochimice: glicemie, probe hepatice (transaminaze, bilirubină, feritină/sideremie, CTLF)
- e. Monitorizare cardiacă

2. Evoluția sub tratament:

- favorabilă
- staționară
- progresie

II. COPII

- a. Hemoleucograma (numar trombocite, frotiu din sânge periferic)
- b. Probe hepatice (transaminaze, bilirubină, feritină/sideremie, CTLF)

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Numărul de trombocite **nu** crește până la un nivel suficient pentru a preveni sângerarea importantă clinic după 4 săptămâni de tratament cu o doză de Eltrombopag de 75 mg/zi DA NU
2. Valorile alaninaminotransferazei (ALT) $\geq 3 \times$ LSVN sau $\geq 3 \times$ valorile inițiale DA NU
3. Necomplianța pacientului DA NU
4. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare DA NU
5. Deces DA NU
6. Alte cauze: DA NU

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.