

SECȚIUNEA II - DATE MEDICALE*Cod formular specific L037C.2***A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

1. Declarația de consimțământ pentru tratament semnată: DA NU
2. Dovada diagnosticului de cancer colorectal: examen histopatologic DA NU
3. Dovada de boală metastatică: CT/ RMN/ PET/CT/ scintigrafie osoasă DA NU
4. Cancer colorectal care prezintă gena RAS-nonmutantă (wild-type) DA NU
5. La pacienți cu CCR metastatic:
- în asociere cu chimioterapie pe bază de irinotecan (indiferent de linia de tratament) DA NU
 - ca tratament de prima linie în asociere cu chimioterapie pe bază de oxaliplatin DA NU
 - în monoterapie la pacienții la care terapia pe bază de oxaliplatină și irinotecan a eșuat și care prezintă intoleranță la irinotecan DA NU
6. Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiții de siguranță DA NU
7. Vârsta > 18 ani DA NU
8. ECOG PS 0-2 DA NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Hipersensibilitate cunoscută la substanța activă: DA NU
2. Boala pulmonară interstițială sau fibroză pulmonară: DA NU
3. Sarcină / alăptare: DA NU
4. ECOG \geq 3: DA NU
5. Reacții adverse de tip șoc anafilactic severe legate de perfuzie DA NU
6. Tumori cu mutații RAS prezente DA NU
7. Radioterapie externă sub 14 zile în urmă/toxicități ale radioterapiei DA NU

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

(*toate aceste criterii trebuie să fie îndeplinite)

1. Statusul bolii la data evaluării:
- A. Remisie completă
 - B. Remisie parțială
 - C. Boală stabilă
 - D. Beneficiu clinic
2. Starea clinică a pacientului permite continuarea tratamentului: DA NU
3. Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului: DA NU

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE DEFINITIVĂ A TRATAMENTULUI

- 1. Progresia bolii
- 2. Deces
- 3. Reacții adverse inacceptabile și necontrolabile
- 4. Reacții cutanate de gradul 4 care apar pentru a patra oară și nu se reduc la gradul 2 sub tratament specific
- 5. Decizia medicului, cauza:
- 6. Decizia pacientului, cauza:

E. CRITERII DE ÎNTRERUPERE TEMPORARĂ A TRATAMENTULUI

Reacții adverse severe implică temporizarea tratamentului până la remiterea lor la un grad ≤ 2 .

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.