

Cod formular specific: J05AX6.2

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

Medicamente cu acțiune antivirală directă

- pacienți cu infecție cu VHC și insuficiență renală cronică aflați în dializă -

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 (12 săptămâni)

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

1. Pacient adult cu insuficiență renală cronică aflat în dializa din anul DA NU
2. Gradul de fibroză hepatică: F0 F1 F2 F3 F4 determinat prin:
 - a) Puncție biopsie hepatică
 - b) Fibromax
 - c) Fibroscan
 la data de:
 - d) Ciroză evidentă (chimic, imagistic) ± semne de hipertensiune portală (varice esofagiene)
 Dacă gradul de fibroză este **F4** se completează și **pct. 3**
3. Scor Child-Pugh (valoare calculată):
4. ARN-VHC detectabil DA NU
5. Rata de filtrare glomerulară < 30 ml/min la 1,73 m² DA NU
6. Creatinina serică > 2 mg/dL DA NU
7. Coinfecție sau infecție ocultă VHC-VHB DA NU
8. Coinfecție HIV DA NU
9. Comorbidități prezente, altele decât insuficiență renală cronică DA NU

Dacă **DA**:- precizați:

- se completează și **pct. 10**
10. Consultul și evaluarea contraindicațiilor pentru introducerea tratamentului antiviral ale medicului de specialitate care tratează comorbiditățile DA NU
11. Evaluarea și înregistrarea corectă și completă a medicamentelor utilizate de pacient în vederea evitării contraindicațiilor sau interacțiunilor medicamentoase* DA NU
12. Declarația de consimțământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Ciroză decompensată (ascită, icter, hemoragie digestivă, encefalopatie hepatică, peritonită bacteriană spontană, sind. hepato-renal) - actual sau antecedente: scorul Child-Pugh > 6 puncte DA NU
2. Cancer hepatic tratat prin ablație, rezecție, TACE, la mai puțin de 6 luni de la procedură sau dacă sunt semne imagistice (CT/IRM) de activitate/recidivă post procedură DA NU
3. Afecțiuni maligne extrahepatice care nu beneficiază de tratament cu potențial curativ DA NU
4. Contraindicații medicamentoase* 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.