

Cod formular specific: L01BB07

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

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)

1. **Diagnostic:** a) Leucemia limfoblastică acută cu celule T (LLA-T) DA NU
b) Limfom limfoblastic cu celule T (LL-T) DA NU
2. **Leucemia limfoblastică acută cu celule T (LLA-T) care nu a răspuns** în urma tratamentului cu **cel puțin două linii** de chimioterapie DA NU
3. **Leucemie limfoblastică acută cu celule T (LLA-T) care a suferit o recădere** în urma tratamentului cu **cel puțin două linii** de chimioterapie DA NU
4. **Limfom limfoblastic cu celule T (LL-T), care nu a răspuns** în urma tratamentului cu **cel puțin două linii** de chimioterapie DA NU
5. **Limfom limfoblastic cu celule T (LL-T), care a suferit o recădere** în urma tratamentului cu **cel puțin două linii** de chimioterapie DA NU
6. Metoda de diagnostic:
- a. Hemoleucograma+FL
- b. ex. medular
- c. ex imunofenotipic (la diagnostic) sau
- d. examen histopatologic cu imunohistochimie
- e. probe renale
7. Declarație consimțământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

B. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI (specifice tipului de diagnostic)

1. Metoda de evaluare:
- a. Hemoleucograma+FL
- b. probe renale
2. Evoluția sub tratament
- favorabilă
- staționară
- progresie

C. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

- a. Progresia bolii sub tratament și pierderea beneficiului clinic
- b. Toxicitate neurologică gr. ≥ 2
- c. Toxicitate inacceptabilă
- d. Pacientul nu s-a prezentat la evaluare
- e. Deces
- f. 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.