

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

- **Indicații:**
- a) leucemie acută mieloidă (LAM)  DA  NU
  - b) leucemie mielomonocitară cronică (LMMC)  DA  NU
  - c) sindroame mielodisplazice cu risc intermediar-2 și mare  DA  NU
1. Declarația de consimțământ pentru tratament semnată:  DA  NU
2. Vârstă > 18 ani  DA  NU
3. **Leucemie acută mieloidă (LAM) cu 20-30% blaști și linii multiple de displazie**, conform clasificării OMS → pacienți adulți, neeligibili pentru transplantul de celule stem hematopoietice  DA  NU
4. **Leucemie acută mieloidă (LAM) cu >30% blaști medulari**, conform clasificării OMS → pacienți adulți, neeligibili pentru transplantul de celule stem hematopoietice  DA  NU
5. **Leucemie mielomonocitară cronică (LMMC) cu 10-19% blaști medulari** → pacienți adulți, fără boală mieloproliferativă și neeligibili pentru transplantul de celule stem hematopoietice  DA  NU
6. **Sindroame mielodisplazice cu risc intermediar-2 și mare**, conform sistemului internațional de punctaj referitor la prognostic (IPSS clasic, Greenberg 1997/98) → pacienți adulți, neeligibili pentru transplantul de celule stem hematopoietice  DA  NU
7. Probe biologice care să permită administrarea medicamentului în condiții de siguranță:
- a. hemoleucogramă completă
  - b. evaluarea cardio-pulmonară (în caz de antecedente cunoscute de boală cardiovasculară sau pulmonară)
  - c. evaluarea funcției hepatice
  - d. evaluarea funcției renale
  - e. monitorizarea semnelor și simptomelor de hemoragie (gastrointestinală și intracraniană, în special la pacienți cu trombocitopenie)

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

- 1. sarcină
- 2. alăptare

3. tumori maligne hepatice

4. hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți

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

**1. Metoda de evaluare:**

- Hemoleucogramă+FL
- Medulogramă\*
- Examen citogenetic\*
- Biologie moleculară\*

(\*la aprecierea medicului)

**2. Evoluția sub tratament:**

- Favorabilă
- Staționară
- Progresie

**D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI**

1. Fasciită necrozantă

2. Reacții grave de hipersensibilitate

3. Deces

4. 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.