

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI CETUXIMABUM  
- cancer colorectal metastatic-**

**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**

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. La pacienți cu CCR metastatic în:
- în asociere cu chimioterapie pe bază de irinotecan (indiferent de linia de tratament)
  - ca tratament de prima linie în asociere cu FOLFOX
  - în monoterapie la pacienții la care terapia pe bază de oxaliplatină și irinotecan a eșuat și care prezintă intoleranță la irinotecan
5. Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiții de siguranță:  DA  NU
6. Vârsta > 18 ani  DA  NU
7. ECOG PS 0-2  DA  NU

**B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT**

1. Hipersensibilitate cunoscută la substanța activă:  DA  NU
2. Radioterapie externă terminată < 14 zile/toxicitate postradioterapie  DA  NU
3. Boala pulmonară interstițială sau fibroză pulmonară:  DA  NU
4. Sarcină / alăptare:  DA  NU
5. Mutații RAS prezente:  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. Decizia medicului, cauza: .....
- 5. Decizia pacientului, cauza: .....

**E. CRITERII DE ÎNTRERUPERE TEMPORARĂ A TRATAMENTULUI**

- 1. Reacții adverse severe, se temporizează administrarea   
până la remiterea acestora la un grad  $\leq 2$ .

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.