

Cod formular specific: H006C

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

**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"

\*\*Se completează doar la "inițiere"

**A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT**

Declarația de consimțământ pentru tratament semnată de pacient  DA  NU

**1. Diagnostic HP de tumoră neuroendocrină G1/G2**  DA  NU

- IHC pozitivă pentru cromogranina A+/- sinaptofizină, +/- NSE  DA  NU
- Index de proliferare Ki-67 (valoare).....  DA  NU
- Confirmare imagistică a tumorii primare /metastazelor /resturilor tumorale prezente postoperator (TC/RMN/scintigrafie de tip octreoscan/PET-CT cu radioizotopi specifici)  DA  NU

SAU

**2. Elemente clinice de sindrom carcinoid +**  DA  NU

- Un marker seric specific crescut:  DA  NU
  - Cromogranina A .....
  - Serotonina serică .....
  - 5-HIAA urinar .....

SAU

**3. Diagnostic HP de tumoră neuroendocrină G3**  DA  NU

- IHC pozitivă pentru cromogranina A+/- sinaptofizină, +/- NSE +  DA  NU
- Index de proliferare Ki-67 (valoare).....+  DA  NU
- Elemente clinice de sindrom carcinoid+  DA  NU
- Un marker seric specific crescut+  DA  NU
  - Cromogranina A .....
  - Serotonina serică .....
  - 5-HIAA urinar .....
- +/- Receptori pentru somatostatina demonstrați în masă tumorală  DA  NU

SAU

**4. Diagnostic HP de tumori neuroendocrine diferențiate, funcționale, cu secreții hormonale specifice (gastrina, insulina, catecolamine, ACTH like, calcitonina)+**  DA  NU

- Sindrom clinic neuroendocrin asociat+  DA  NU
- Receptori pentru somatostatina demonstrați în masă tumorală  DA  NU

## B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

- Hipersensibilitate cunoscută la substanța activă sau la oricare dintre excipienți  DA  NU
- Sarcina/alăptare  DA  NU

## C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

Statusul bolii la data evaluării:

1. Remisiune completă
2. Remisiune parțială
3. Boală stabilă
4. Beneficiu clinic
5. Progresie
6. Sindrom carcinoid
7. Starea clinică a pacientului permite administrarea în continuare a tratamentului  DA  NU
8. Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului  DA  NU

## D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Reacții adverse inacceptabile și necontrolabile
2. Decizia medicului, cauza: .....
3. Decizia pacientului, cauza: .....
4. Absența beneficiului clinic
5. Deces

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.