

Cod formular specific: L040M

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC
PENTRU ARTROPATIE PSORIAZICĂ - AGENȚI BIOLOGICI -**

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

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. Diagnostic cert de AP (criterii CASPAR) | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 2. AP severă DAPSA>28 | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 3. > 5 articulații dureroase/ tumefiate | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 4. VSH>28mm/1h si/sau PCR>3x valoarea normală (cantitativ) | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 5. Lipsă de răspuns la 2 csDMARD ca doze și durată conform precizărilor din protocol | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 6. Lipsă de răspuns la 1 csDMARD ca doze și durată conform precizărilor din protocol (AP factor de prognostic nefavorabil) | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 7. Răspuns inefficient la SSZ cel puțin 4 luni pentru formele periferice | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 8. Răspuns inefficient la cel puțin o administrare de glucocorticoid injectabil local | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 9. 2VAS (globală și durere), screeninguri și analize de laborator conform Fișei de Inițiere obligatorii din RRBR(element de audit/control date în format electronic) | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 10. Absența contraindicațiilor recunoscute la terapia biologică | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 11. Fișă pacient introdusă obligatoriu în RRBR (Registrul Român de Boli Reumatice) | <input type="checkbox"/> DA | |

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
|--|-----------------------------|-----------------------------|

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Răspuns terapeutic DAPSA conform protocolului (se continuă terapia) | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 2. Răspuns parțial/Lipsa de răspuns terapeutic DAPSA conform protocolului (se face switch) | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 3. Reacție adversă raportată în Fișa de Reacție Adversă din RRBR si ANMDM (se face switch) | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 4. VAS și analize de laborator conform Fișei de Monitorizare obligatorii din RRBR (element de audit/control date în format electronic) | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 5. Fișă pacient introdusă obligatoriu în RRBR | <input type="checkbox"/> DA | |

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Reacție adversă severă | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| 2. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> 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.