

A. CRITERII DE ELIGIBILITATE ÎN RECOMANDAREA TRATAMENTULUI CU PRODUSE BIOLOGICE ÎN PSORIAZISUL CRONIC SEVER (inițiere și continuare)

1. Pacientul a fost introdus în Registrul Național de Dermatologie DA NU
2. Terapia convențională conform protocolului în ultimele 12 luni DA NU
3. PASI inițial ≥ 10 DA NU
4. PASI actual $\leq 50\%$ PASI inițial DA NU
5. DLQI inițial ≥ 10 DA NU
6. DLQI actual ≤ 5 DLQI inițial DA NU
7. Afectare zone speciale: – scalp DA NU
 – unghii DA NU
 – palmoplantar DA NU
 – genital DA NU
 – inversat (pliuri) DA NU
8. Suprafața zonelor speciale afectate $\leq 50\%$ față de momentul inițierii terapiei:
 - scalp DA NU
 - unghii DA NU
 - palmoplantar DA NU
 - genital DA NU
 - inversat DA NU
9. Ex. Histopatologic de PSO vulgar DA NU
10. Analize conform protocolului:
 - HLG - TGP - GGT - Uree
 - VSH - Creatinină - Ag HBs - Electroliți
 - TGO - Ex. Sumar urină - Ac antiHVC
11. Testare TB conform protocolului DA NU
12. Rx. Pulmonar DA NU
13. Chimioprofilaxie DA NU
14. Consimțământul pacientului conform protocolului DA NU
15. Formular DLQI conform protocolului DA NU

B. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

- 1. motive medicale
- 2. voluntar
- 3. reacții adverse
- 4. tratament ineficient

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.

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI ATALUREN****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"!