

Cod formular specific: J05AX65 - G4

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC
DCI COMBINAȚII (SOFOSBUVIR + LEDIPASVIR)
- pacienți cu infecție cu VHC post tranplant hepatic -**

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 (12 săptămâni)

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. Pacient adult post transplant hepatic din anul DA NU
2. Gradul de fibroză hepatică F1 F2 F3 F4 determinat prin:
 - Puncție biopsie hepatică DA NU
 - Fibromax DA NU
3. ARN-VHC detectabil DA NU
4. Ac antiCitomegalovirusIgG negativ DA NU
5. Ac antiCitomegalovirusIgM negativ DA NU
6. Creatinina serică < 2 mg/dL DA NU
7. AFP < 50 ng/ml; dacă este NU, se completează și **pct. 8** DA NU
8. Explorarea imagistică (CT sau/și IRM cu substanță de contrast, după caz) infirmă suspiciunea de hepatocarcinom DA NU
9. Ag HBs absent; dacă este NU, se completează și **pct. 10** DA NU
10. Evaluarea completă a coinfecției cu VHB DA NU
11. Coinfecție cu HIV DA NU
12. Evaluarea și înregistrarea corectă și completă a medicamentelor utilizate de pacient în vederea evitării contraindicațiilor sau interacțiunilor medicamentoase* DA NU
13. Declarația de consimțământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Sarcină DA NU
2. Alăptare DA NU
3. Durata estimată de viață a pacientului apreciată că ar fi sub 1 an DA NU
4. Insuficiență renală severă (rata de filtrare glomerulară < 30 ml/min la 1,73 m², Creatinina serică > 2 mg/dL) DA NU
5. Coinfecție cu HIV cu CD4 < 200 celule/mm³ DA NU
6. Contraindicațiile medicamentoase* DA 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.