

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI DCI ALECTINIB****- NSCLC avansat ALK+ - monoterapie****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"

INDICAȚIE: monoterapie pentru tratamentul de primă linie al pacienților adulți cu cancer pulmonar fără celule mici (NSCLC) avansat, cu status pozitiv pentru kinaza din limfomul anaplastic (ALK). Alectinib este indicat ca monoterapie pentru tratamentul pacienților adulți cu NSCLC avansat, cu status pozitiv ALK, tratați anterior cu crizotinib.

I. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient: ☐ DA ☐ NU
2. Vârsta ≥ 18 ani: ☐ DA ☐ NU
3. Neoplasm bronho-pulmonar altul decât cel cu celule mici (NSCLC), confirmat histopatologic, cu mutație ALK pozitivă, stadiul III B: ☐ DA ☐ NU
4. Neoplasm bronho-pulmonar altul decât cel cu celule mici (NSCLC), confirmat histopatologic, cu mutație ALK pozitivă, stadiul IV: ☐ DA ☐ NU
5. Indice al statusului de performanță ECOG – 0, 1 sau 2: ☐ DA ☐ NU
6. Funcții adecvate (în opinia medicului curant): ☐ DA ☐ NU
 - hematologică ☐
 - renală ☐
 - hepatică ☐

Evaluarea preterapeutică va conține:

- Examine imagistice sugestive pentru definirea stadiului afecțiunii – examen Computer tomograf / RMN / alte explorări (scintigrafie osoasă, PET-CT, etc), în funcție de decizia medicului curant ☐
- Evaluare biologică (biochimie, hematologie, etc) – medicul curant va aprecia setul de investigații biologice necesare ☐
- Alte evaluări funcționale sau consulturi interdisciplinare, în funcție de necesități – medicul curant va aprecia ce investigații complementare sunt necesare ☐

II. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Status de performanță > 2 ☐ DA ☐ NU
2. Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți: ☐ DA ☐ NU

III. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

1. Menținerea consimțământului și a complianței la tratament a pacientului: ☐ DA ☐ NU
2. Statusul bolii la data evaluării:
 - a) Remisiune completă ☐
 - b) Remisiune parțială ☐
 - c) Boală staționară ☐
 - ☐

d) Beneficiu clinic

3. Starea clinică a pacientului permite administrarea terapiei în condiții de siguranță: ☐ DA ☐ NU

4. Probele biologice permit continuarea administrării terapiei în condiții de siguranță: ☐ DA ☐ NU

Monitorizarea răspunsului la tratament și a toxicității:

- evaluare imagistică la un interval de 8-12 săptămâni, (în funcție de posibilități) ☐
- evaluare biologică (biochimie, hematologie, etc) – medicul curant va aprecia setul de investigații biologice necesare și periodicitatea acestora ☐
- alte evaluări funcționale sau consulturi interdisciplinare, în funcție de necesități – medicul curant va aprecia ce investigații complementare sunt necesare ☐

IV. CRITERII DE ÎNTRERUPERE TEMPORARĂ/DEFINITIVĂ A TRATAMENTULUI

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Eșecul tratamentului (pacienții cu progresie radiologică) | ☐ |
| 2. Efecte secundare (toxice) nerecuperate | ☐ |
| 3. Sarcină și alăptare | ☐ |
| 4. Decizia medicului, cauza:..... | ☐ |
| 5. Decizia pacientului, cauza:..... | ☐ |

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.