

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI COMBINATII
(TRIFLURIDINUM+TIPIRACILUM)**

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: 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: neoplasm colorectal metastatic (CCR – cancer colorectal) tratat anterior

A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT

1. Declarația de consimțământ pentru tratament semnată: ☐ DA ☐ NU
2. Diagnostic de **neoplasm colorectal în stadiu evolutiv metastatic (mCCR)** ☐ DA ☐ NU
3. Tratament anterior cu următoarele produse / clase de medicamente sau contraindicație pentru unele dintre acestea:
- a. chimioterapice antineoplazice*: oxaliplatin, irinotecan, fluoropirimidine: ☐ DA ☐ NU
- b. terapie țintită molecular: inhibitori EGFR și terapie antiangiogenică: ☐ DA ☐ NU

*NOTĂ: *vor fi luate în calcul inclusiv terapiile utilizate pentru indicația de adjuvantă, dacă progresia bolii, după tratamentul respectiv, a apărut în mai puțin de 12 luni de la finalizarea acestuia.*

4. Vârsta > 18 ani ☐ DA ☐ NU
5. Indice al statusului de performanță ECOG 0, 1 sau 2 ☐ DA ☐ NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Insuficiență renală severă ☐
2. Insuficiență hepatică moderată sau severă ☐
3. Hipersensibilitate la substanțele active sau la oricare dintre excipienți ☐

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

1. Statusul bolii la data evaluării (evaluare imagistica, biologica, clinica):
- a. Remisiune completă ☐ DA ☐ NU
- b. Remisiune parțială ☐ DA ☐ NU
- c. Boală stabilă staționară ☐ DA ☐ NU
- d. Beneficiu clinic ☐ DA ☐ NU
2. Starea clinica a pacientului permite în continuare administrarea tratamentului: ☐ DA ☐ NU
3. Probele biologice ale pacientului permit administrarea în continuare în condiții de siguranță a tratamentului: ☐ DA ☐ NU

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Progresia bolii ☐
2. Deces ☐
3. Reacții adverse inacceptabile și necontrolate chiar după terapia simptomatică și întreruperea temporară a tratamentului ☐
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.