

Cod formular specific: L038C.3

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE
AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI SORAFENIBUM**

- indicația carcinom tiroidian -

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”!

A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT

1. Declarația de includere în tratament semnată: ☐ DA ☐ NU
2. Diagnostic de carcinom tiroidian diferențiat (papilar/folicular/cu celule Hurthle) confirmat histopatologic: ☐ DA ☐ NU
3. Cancer tiroidian diferențiat local-avansat/ metastatic/ refractar sau progresiv la tratamentul cu iod radioactiv definit astfel: ☐ DA ☐ NU
- prezența unei leziuni ținta care nu captează iod la o scanare cu iod radioactiv sau ☐
 - pacienți care au progresat după tratament cu iod radioactiv în ultimele 16 luni sau ☐
 - pacienți care au progresat după 2 tratamente cu iod radioactiv în mai mult de 16 luni de la ultimul sau ☐
 - activitate cumulativă de iod radioactiv $>22,3$ GBq (≥ 600 mCi) ☐
4. Vârsta > 18 ani: ☐ DA ☐ NU
5. Indice de performanță ECOG 0-2: ☐ DA ☐ NU
6. TSH $< 0,5$ mU/L ☐ DA ☐ NU
7. Probe biologice care să permită administrarea tratamentului în condiții de siguranță. ☐ DA ☐ NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Alte tipuri de cancere tiroidiene (anaplazic, medular, limfom, sarcom) ☐ DA ☐ NU
2. Hipersensibilitate cunoscută la substanța activă sau la oricare dintre excipienți ☐ DA ☐ NU
3. Boală ischemică acută (boală arterială coronariană instabilă sau infarct miocardic în ultimele 6 luni) ☐ DA ☐ NU
4. Hipertensiune arterială necontrolată terapeutic ☐ DA ☐ NU
5. Sarcină /alăptare ☐ DA ☐ NU

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

1. Statusul bolii la data evaluării:
- A. Remisie completă ☐
 - B. Remisie parțială ☐
 - C. Boală stabilă ☐
 - D. Beneficiu clinic ☐
2. Starea clinică a pacientului permite continuarea tratamentului: ☐ DA ☐ NU
3. Probele biologice permit administrarea în continuare a tratamentului: ☐ DA ☐ NU

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Progresia bolii documentată imagistic (excepție pacienții care prezintă beneficiu clinic) | ☐ |
| 2. Deces | ☐ |
| 3. Reacții adverse inacceptabile și necontrolabile | ☐ |
| 4. Perforație gastro-intestinală | ☐ |
| 5. Decizia medicului, cauza: | ☐ |
| 6. Decizia pacientului, cauza: | ☐ |
| 7. Sarcina și alăptare | ☐ |

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.