

**CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
CABINET PREȘEDINTE**

**ORDIN nr. 919 din 12.10.2023**

**pentru modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 438/2023 privind aprobarea formularelor specifice pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate pentru monitorizarea bolii prin examinarea PET-CT la bolnavii cu afecțiuni oncologice și pentru evaluarea prin examinare PET-CT a bolnavilor cu epilepsii refractare la tratamentul medicamentos, precum și a metodologiei de transmitere a acestora în platforma informatică din asigurările de sănătate**

**Având în vedere:**

- Referatul de aprobare nr. DG4458/12.10.2023<sup>al</sup> directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- art. 56 și art. 278 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 5 alin. (1) pct. 25 și 26, art. 8, art. 18 pct. 17 și art. 37 din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 273/2017 privind aprobarea comisiilor de experți care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate și ale coordonatorilor naționali pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative, cu modificările și completările ulterioare;

**În temeiul dispozițiilor:**

- art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul

**ORDIN**

**Art. I.** – Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 438/2023 privind aprobarea formularelor specifice pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate pentru monitorizarea bolii prin examinarea PET-CT la bolnavii cu afecțiuni oncologice și pentru evaluarea prin examinare PET-CT a bolnavilor cu epilepsii refractare la tratamentul medicamentos, precum și a metodologiei de transmitere a acestora în platforma informatică din asigurările de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În Anexa 1, pozițiile 2, 6, 7, 11 și 22 se modifică și vor avea următorul cuprins:

"2	PET-CT-A.2	cancerle tiroidiene și paratiroidiene - adulți
.....		
6	PET-CT-A.6	mezoteliom malign (pleural sau peritoneal) - adulți
7	PET-CT-A.7	neoplazii timice (timom malign sau carcinom timic) - adulți
.....		
11	PET-CT-A.11	adenocarcinom pancreatic - adulți
.....		
22	PET-CT-A.22	metastaze cu punct de plecare neprecizat – adulți”

2. În Anexa 1, poziția 21 se abrogă.

3. În Anexa 1, după poziția 22 se introduc două noi poziții, pozițiile 23 și 24, cu următorul cuprins:

"23	PET-CT-A.23	carcinoame uroteliale - adulți
24	PET-CT-A.24	tumori cutanate nonmelanom – adulți”

4. Formularele specifice corespunzătoare pozițiilor 1-20 și 22 din Anexa 1 se modifică și se înlocuiesc cu formularele specifice prevăzute în anexa nr. 1 la prezentul ordin.

5. Formularul specific corespunzător poziției 21 din Anexa 1 se abrogă.

6. După formularul specific corespunzător poziției 22 din Anexa 1 se introduc două noi formulare specifice, corespunzătoare pozițiilor 23 și 24 din Anexa 1, prevăzute în anexa nr. 1 la prezentul ordin.

7. În Anexa 2, pozițiile 3, 7 și 10 se modifică și vor avea următorul cuprins:

"3	PET-CT-C.3	Rabdomiosarcom și sarcoame de țesuturi moi nonrabdomiosarcom - copii
.....		
7	PET-CT-C.7	tumori cu celule germinale cu localizări primare extracraniene - copii
.....		
10	PET-CT-C.10	tumora Wilms și alte tumori renale maligne – copii”

8. În Anexa 2, pozițiile 1, 2, 9, 11 și 12 se abrogă.

9. În Anexa 2, după poziția 12 se introduce o nouă poziție, poziția 13, cu următorul cuprins:

"13	PET-CT-C.13	limfoame Hodgkin și non Hodgkin – copii”
-----	-------------	--

10. Formularele specifice corespunzătoare pozițiilor 3-8 și 10 din Anexa 2 se modifică și se înlocuiesc cu formularele specifice prevăzute în anexa nr. 2 la prezentul ordin.

11. Formularele specifice corespunzătoare pozițiilor 1, 2, 9, 11 și 12 din Anexa 2 se abrogă.

12. După formularul specific corespunzător poziției 12 din Anexa 2 se introduce un nou formular specific, corespunzător poziției 13 din Anexa 2, prevăzut în anexa nr. 2 la prezentul ordin.

**Art. III** - Anexele nr. 1-2 fac parte integrantă din prezentul ordin.

**Art. III** - Prezentul ordin se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa [www.cnas.ro](http://www.cnas.ro).

**PREȘEDINTE**  
**Romică Andrei BACIU**

Cod formular specific: PET-CT-A.1

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI**

- **cancere ale capului și gâtului (tumori ale sferei ORL) - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală): 9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data: 10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:de la:  până la: 11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului: 

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU Glicemie:	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru efectuarea investigației semnată de pacient;
2. Identificarea tumorii primare la pacienți diagnosticați clinic cu adenopatie laterocervicală unică, cu examen histopatologic pozitiv pentru malignitate și fără detecție a localizării primare prin consult de specialitate ORL complet (inclusiv fibroscopie) și alte metode imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.);
3. Evaluarea răspunsului la tratament (la minim 3-6 luni după radio-chimioterapie) al pacienților;
4. Diagnosticul diferențial al recidivei tumorale suspectate clinic, față de efectele locale ale radioterapiei;
5. Stadializarea inițială, dacă celelalte investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.) sunt neconcludente.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

Cod formular specific: PET-CT-A.2

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- cancer tiroidiene și paratiroidiene - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (variante 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:       până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE

## I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

## II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de pacient;
2. Diagnosticul bolii reziduale sau al recidivei cancerului tiroidian cu nivele crescute de tiroglobulină și/sau antitiroglobulină și scintigrafie de corp întreg cu I-131 negativă;
3. Evaluarea inițială/postchirurgicală a extensiei reale a cancerului tiroidian diferențiat cu histologie agresivă (componentă solidă, trabeculară, columnară, cu celule Hurthle, Whartin-like, celule înalte, difuz sclerozant, oncotic), a cancerului tiroidian slab diferențiat, a cancerului tiroidian anaplastic;
4. Diagnosticul bolii reziduale sau a recidivei carcinomului medular tiroidian tratat, asociat cu nivele crescute de calcitonină, cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT/IRM/scintigrafie) normale sau neconcludente;
5. Cancerul paratiroidian în condiții de suspiciune de boală persistentă/recidivă cu PTH crescut și imagistică convențională negativă/neconcludentă.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

Cod formular specific: PET-CT-A.3

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- cancer mamar - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".



**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea leziunilor multifocale *sau* a suspiciunii de recurență la pacienți cu sâni denși la examen mamografic, cu examen IRM al glandei mamare neconcludent;
3. Diagnostic diferențial al plexopatiei brahiale induse de tratament față de invazia tumorală la pacienți cu examen IRM echivoc sau normal;
4. Evaluarea extensiei reale a bolii la pacienții cu tumori avansate loco-regional – categoria T3 sau T4 și/sau afectare a ganglionilor regionali (N pozitiv), precum și la pacienții cu forme agresive ale cancerului glandei mamare: carcinom triplu negativ, grad diferențiere G3, valori crescute ale ki67 sau receptori hormonali – ER/PR negativi;
5. Cazuri cu suspiciune de leziuni de recidivă *sau* metastaze la distanță și investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.) neconcludente;
6. Înlocuirea imagisticii standard la pacienții cu alergii la substanța de contrast.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- cancer pulmonar fără celule mici (NSCLC) - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (variantea 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU      Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE

## I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Glicemie: Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

## II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea extensiei reale a bolii la pacienți considerați eligibili pentru intervenție chirurgicală: în mod specific pacienții cu adenopatii mediastinale < 1 cm la examenul CT *sau* adenopatii mediastinale între 1 și 2 cm la examenul CT și pacienți cu leziuni echivoce care ar putea reprezenta metastaze, cum ar fi mărirea de volum a glandei suprarenale;
3. Caracterizarea unui nodul pulmonar solitar cu dimensiuni peste 8-10 mm, în cazul unei biopsii eșuate *sau* cu risc procedural crescut sau la pacienți cu comorbidități;
4. Evaluarea răspunsului la tratamentul sistemic în cazurile la care se intenționează intervenție chirurgicală radicală;
5. Evaluarea suspiciunii de recidivă sau de reluare a evoluției bolii atunci când celelalte evaluări imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.) sunt neconcludente;
6. Evaluarea inițială a extensiei reale a bolii la pacienți cu NSCLC în condițiile în care celelalte investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.) sunt neconcludente.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

Cod formular specific: PET-CT-A.5

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- cancer pulmonar cu celule mici (SCLC) - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea inițială a extensiei reale a bolii la pacienți cu cancer pulmonar cu celule mici (SCLC), în condițiile în care celelalte investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.) sunt neconcludente;
3. Confirmarea recidivei atunci când celelalte mijloace diagnostice, inclusiv investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.) sunt neconcludente.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- mezoteliom malign (pleural sau peritoneal) - adulți**

**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:**  recomandare       întrerupere

8. **Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):**

9. **Examen PET/CT anterior:**  DA       NU

**Data:**

10. **Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:**

**de la:**

**până la:**

11. **Data întreruperii<sup>2</sup> formularului**

---

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Mezoteliom malign pleural/peritoneal, în vederea stabilirii indicației pentru intervenție chirurgicală cu viză curativă.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

Cod formular specific: PET-CT-A.7

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- neoplazii timice (timom malign sau carcinom timic) - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioara datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".



**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE:**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea extensiei reale a afecțiunii în cazul pacienților considerați operabili, înaintea intervenției chirurgicale cu intenție curativă.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- cancerul esofagian - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea extensiei reale a afecțiunii în cazul pacienților cu indicație de tratament cu viză curativă (chirurgical/radioterapie), atunci când investigațiile imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) sunt neconcludente;
3. Evaluarea suspiciunii de recidivă la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.) neconcludente.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

Cod formular specific: PET-CT-A.9

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- cancerul gastric - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea extensiei reale a afecțiunii în cazurile cu indicație de tratament cu viză curativă, atunci când investigațiile imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) sunt neconcludente;
3. Evaluarea suspiciunii de recidivă la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- tumori stromale gastrointestinale (GIST) - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală*):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:       până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Stabilirea indicației de tratament sistemic (adjuvant sau paliativ) la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente;
3. Evaluarea extensiei reale a afecțiunii în vederea efectuării tratamentului chirurgical cu viză curativă, la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente;
4. Evaluarea răspunsului la terapia sistemică.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- adenocarcinom pancreatic - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (variantea 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:       până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".



**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea extensiei reale a afecțiunii în vederea efectuării tratamentului chirurgical cu viză curativă la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente;
3. Reevaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă și investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente.

*NOTĂ: aproximativ 30% din cazurile de adenocarcinom pancreatic pot să nu capteze glucoza radiomarcată (FDG).*

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- carcinoame colorectale - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului:

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....

**8. Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea extensiei reale a afecțiunii în vederea efectuării tratamentului cu viză curativă (chirurgical sau tratament țintit invaziv – de exemplu SIRT) la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente;
3. Diagnosticul recidivelor la pacienți cu markeri tumorali în creștere și/sau suspiciune clinică de recidivă cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente;
4. Evaluarea inițială a extensiei reale a afecțiunii în cancerul rectal;
5. Evaluarea maselor tumorale presacrate posttratament în cancerul rectal;
6. Evaluare după ablația metastazelor hepatice prin metode intervenționale minim invazive.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- carcinoame ovariene - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE

## I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

## II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă în urma unor creșteri consecutive ale markerului tumoral CA 125, la pacienți cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) negative sau neconcludente;
3. Evaluarea cazurilor cu suspiciune imagistică de recidivă, cu CA 125 normal.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

Cod formular specific: PET-CT-A.14

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- carcinoame uterine - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:       până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE

## I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

## II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea extensiei reale a afecțiunii (la nivel regional – N1/2 versus N0 sau la distanță – M1 versus M0) în vederea tratamentului cu intenție de radicalitate;
3. Suspiciune de recidivă de carcinom al colului uterin sau carcinom endometrial la paciente cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) negative sau neconcludente.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- tumori ale celulelor germinale - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".



**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU Glicemie:	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Diagnosticul recidivei afecțiunii la pacienții cu tumori nonseminomatoase sau seminomatoase, cu markeri tumorali crescuți sau în creștere și/sau cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) negative sau neconcludente;
3. Evaluarea maselor reziduale postterapeutic la pacienții cu tumori nonseminomatoase, seminom;
4. Evaluarea inițială a extensiei reale a afecțiunii la pacienți cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- carcinoamele anale, vulvare și peniene - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:       până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea extensiei reale a afecțiunii în vederea tratamentului cu intenție de radicalitate.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- limfoame - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Stadializarea și restadializarea limfoamelor FDG avide, inclusiv limfomul indolent sau boala limfoproliferativă posttransplant (PTLD) preterapeutic;
3. Evaluarea răspunsului la tratament utilizând criteriile Deauville și clasificarea Lugano;
4. Suspiciune clinică înaltă de transformare a unui limfom într-o formă histologică mai agresivă, pentru identificarea unui site pentru biopsie;
5. Evaluarea suspiciunii de recurență în limfoamele FDG avide;
6. Înainte de transplantul medular, pentru evaluarea bolii reziduale, comparativ cu remisiunea și aprecierea indicației de transplant;
7. Evaluarea posttransplant și post CAR-T;
8. Histiocitoză la adult și alte boli rare proliferative cu celule ale sistemului imun – bilanț și monitorizare răspuns.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- mieloame - adulți**

**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:**  recomandare  întrerupere

**8. Cod de diagnostic (variantea 999 coduri de boală):**

**9. Examen PET/CT anterior:**  DA  NU                      **Data:**

**10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:**

**de la:**                       **până la:**

**11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului**

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea pacienților nou-diagnosticați, sau în caz de boală refractară sau recurentă;
3. Pacienți cu plasmocitom solitar extramedular sau în caz de plasmocitom solitar cu localizare osoasă, dacă MRI corp întreg nu este disponibilă sau este contraindicată;
4. Diagnostic diferențial între forma activă sau inactivă;
5. Monitorizare postterapeutică.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- melanomul malign - adulți**

**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:  recomandare     întrerupere

8. Cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală*):

9. Examen PET/CT anterior:  DA     NU                                  Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:                                   până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".



**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea extensiei reale a afecțiunii în vederea tratamentului cu intenție de radicalitate sau înainte de tratamentul sistemic, la pacienți cu tumori primare cu invazie în profunzime mai mare de 0,8 mm sau ulcerație prezentă (indiferent de profunzimea invaziei) sau la pacienți cu ganglion santinelă pozitiv;
3. Confirmarea răspunsului complet la terapia specifică.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

Cod formular specific: PET-CT-A.20

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- tumori musculoscheletale - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:       până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea inițială a extensiei reale a sarcoamelor de părți moi cu grad histologic înalt sau osteosarcoame, la pacienți cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente;
3. Evaluarea răspunsului la tratament în sarcoame cu grad înalt sau osteosarcoame, la pacienți cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente în vederea tratamentului cu intenție curativă (chirurgical sau radioterapie).

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- metastaze cu punct de plecare neprecizat - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioara datei "până la".

SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE

## I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

## II. CRITERII DE ELIGIBILITATE

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Identificarea tumorii primare oculte atunci când investigațiile imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) sunt neconcludente.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

Cod formular specific: PET-CT-A.23

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- carcinoame uroteliale - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea extensiei reale regionale și la distanță a afecțiunii la pacienți cu carcinoame uroteliale invazive (vezică urinară/ureter/sistem pielocaliceal) considerați eligibili pentru intervenție chirurgicală radicală, chimioradioterapie concomitentă sau radioterapie definitivă cu viză curativă în cazul în care investigațiile imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) sunt neconcludente;
3. Suspiciune de recidivă regională sau la distanță a unui carcinom urotelial invaziv, la pacienți cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, etc) neconcludente.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT ADULȚI  
- tumori cutanate nonmelanom - adulți**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:       până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".



**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru tratament semnată de pacient;
2. Evaluarea carcinomului Merkel – stadializare;
3. Evaluarea carcinomului Merkel – evaluare postterapeutică.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

Cod formular specific: PET-CT-C.3

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII**

- Rabdomiosarcom și sarcoame de țesuturi moi nonrabdomiosarcom - **copii**

**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:  recomandare  întrerupere8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):   9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:      10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:de la:       până la:      11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului      

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore;
2. Criterii clinice:
  - 2.1. Stadializare;
  - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament;
  - 2.3. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice;
  - 2.4. Evaluarea suspiciunii de transformare malignă la pacienții cu neurofibroame plexiforme asociate neurofibromatozei tip 1.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII  
- osteosarcom - copii**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (variante 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
- Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore;
2. Criterii clinice:
  - 2.1. Stadializare;
  - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament;
  - 2.3. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII  
- sarcom Ewing - copii**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU Glicemie:	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore;
2. Criterii clinice:
  - 2.1. Stadializare;
  - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament;
  - 2.3. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII  
- neuroblastom - copii**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".



**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
- Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore;
2. Criterii clinice:
  - 2.1. Stadializare inițială;
  - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament;
  - 2.3. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII**

**- tumori cu celule germinale cu localizări primare extracraniene - copii**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:       până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore;
2. Criterii clinice:
  - 2.1. Stadializare;
  - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament;
  - 2.3. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului



**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore;
2. Criterii medicale:
  - 2.1. Evaluare preterapeutică;
  - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament;
  - 2.3. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII  
- tumora Wilms și alte tumori renale maligne - copii**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".

**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore;
2. Criterii clinice:
  - 2.1. Stadializare;
  - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament;
  - 2.3. Suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului

**FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE  
AFERENTE MONITORIZĂRII EVOLUȚIEI BOLII LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
ONCOLOGICE PRIN PET-CT COPII  
- limfoame Hodgkin și non Hodgkin - copii**

**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:  recomandare  întrerupere

8. Cod de diagnostic (varianta 999 coduri de boală):

9. Examen PET/CT anterior:  DA  NU Data:

10. Perioada de efectuare a investigației PET-CT<sup>1</sup>:

de la:  până la:

11. Data întreruperii<sup>2</sup> formularului

<sup>1</sup> Perioada de aprobare "de la" – "până la" nu se poate depăși un interval de 30 de zile. Data "de la" poate fi identică cu data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară acesteia, dar fără a depăși 30 de zile de la data confirmării de înregistrare a formularului în PIAS.

<sup>2</sup> Se completează doar în situația în care se întrerupe un formular confirmat ca urmare a unor erori de introducere în PIAS a tipului de formular sau a datelor din secțiunea I a formularului. Data întreruperii nu poate fi anterioară datei confirmării de înregistrare a formularului în PIAS sau ulterioară datei "până la".



**SECȚIUNEA II<sup>3</sup> - DATE MEDICALE****I. DATE CLINICE ALE PACIENTULUI:**

1. Diagnostic clinic: .....
2. Stadiul bolii (TNM):
3. Tratamente oncologice anterioare:.....
4. Tratamentul actual:.....
5. Data finalizării ultimei cure de:
  - Radioterapie:
  - Chimioterapie i.v.:
6. Motivele recomandării PET/CT:.....
7. Rezultat estimat:.....
8. **Atenționări și riscuri:**

Greutate (Kg):	Claustrofobie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Diabet zaharat: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Sarcină: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		Glicemie:	
Talie (cm):	Astm bronșic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Insulinoterapie: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Intervenții chirurgicale recente: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alergii cunoscute:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Antidiabetice orale: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Tratament anticoagulant: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

**II. CRITERII DE ELIGIBILITATE**

1. Declarație de consimțământ pentru investigație semnată de părinte/tutore;
2. Criterii medicale:
  - 2.1. Stadializarea și restadializarea limfoamelor FDG avide (inclusiv limfomul indolent sau boala limfoproliferativă posttransplant (PTLD)), preterapeutic;
  - 2.2. Evaluarea răspunsului la tratament utilizând criteriile Deauville și clasificarea Lugano;
  - 2.3. Suspiciune clinică înaltă de transformare a unui limfom într-o formă histologică mai agresivă, pentru identificarea unui site pentru biopsie;
  - 2.4. Evaluarea suspiciunii de recurență în limfoamele FDG avide;
  - 2.5. Înainte de transplantul medular, pentru evaluarea bolii reziduale, comparativ cu remisiunea și aprecierea indicației de transplant;
  - 2.6. Evaluarea posttransplant și post CAR-T.

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.

<sup>3</sup> Se completează și se încercuiesc criteriile care corespund situației clinico-biologice a pacientului la momentul completării formularului