Cod formular specific: L040M

FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU ARTROPATIE PSORIAZICĂ - AGENȚI BIOLOGICI -

SECȚIUNEA I - DATE GENERALE

1.Unitatea medicală: .....

2. CAS / nr. contract: ...../.....

3.Cod parafă medic: ☐☐☐☐☐☐

4.Nume şi prenume pacient: .....

CNP / CID: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5.FO / RC: ☐☐☐☐☐☐ **în data**: ☐☐☐☐☐☐☐☐

6.S-a completat "Secțiunea II- date medicale" din Formularul specific cu codul: .....

7.Tip evaluare: ☐ inițiere ☐ continuare ☐ întrerupere

8.Încadrare medicament recomandat în Listă:

☐ boala cronică (sublista C secțiunea C1), cod G: ☐☐☐

☐ PNS (sublista C secțiunea C2), nr. PNS: ☐☐☐☐, cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală)*, după caz: ☐☐☐

☐ ICD10 (sublista A, B,C secțiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală)*: ☐☐☐

9. DCI recomandat: 1)..... **DC** (după caz) .....

2)..... **DC** (după caz) .....

10.*Perioada de administrare a tratamentului: ☐ 3 luni ☐ 6 luni ☐ 12 luni,

de la: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

11. Data întreruperii tratamentului: ☐☐☐☐☐☐☐☐

12. Pacientul a semnat declarația pe propria răspundere conform modelului prevăzut în Ordin:

☐ DA ☐ NU

*Nu se completează dacă la "**tip evaluare**" este bifat "**întrerupere**"!

A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT

1. Diagnostic cert de AP (criterii CASPAR) ☐ DA ☐ NU

2. AP severă DAPSA > 28 ☐ DA ☐ NU

3. > 5 articulații dureroase/ tumefiate ☐ DA ☐ NU

4. PCR > 3 x valoarea normală (cantitativ) ☐ DA ☐ NU

5. Lipsă de răspuns la 2 csDMARD ca doze și durată, conform precizărilor din protocol (AP fără factori de prognostic nefavorabili) ☐ DA ☐ NU

6. Lipsă de răspuns la 1 csDMARD ca doze și durată, conform precizărilor din protocol (AP cu factori de prognostic nefavorabili) ☐ DA ☐ NU

7. Răspuns ineficient la 2 cure de AINS de minim 6 săpt. fiecare (AP predominant axială activă cu BASDAI > 6) ☐ DA ☐ NU

8. Răspuns ineficient la 2 cure de AINS de minim 6 săpt. fiecare și/sau răspuns ineficient la cel puțin o administrare de glucocorticoid injectabil local (AP cu entezită și/sau dactilită activă) ☐ DA ☐ NU

9. 2VAS (globală și durere), calcul DAPSA, screeninguri și analize de laborator conform Fișei de Inițiere obligatorii din RRBR (element de audit / control date în format electronic) ☐ DA ☐ NU

10. Absența contraindicațiilor recunoscute la terapia biologică ☐ DA ☐ NU

11. Fișă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli Reumatice) ☐ DA ☐ NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului ☐ DA ☐ NU

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

1. Răspuns terapeutic DAPSA conform protocolului (se continuă terapia) ☐ DA ☐ NU

2. Lipsa de răspuns / Pierderea răspunsului terapeutic DAPSA conform protocolului (se face switch) ☐ DA ☐ NU

3. Reacție adversă raportată în Fișa de Reacție Adversă din RRBR și ANM (se face switch) ☐ DA ☐ NU

4. VAS, calcul DAPSA și analize de laborator conform Fișei de Monitorizare obligatorii din RRBR (element de audit / control date în format electronic) ☐ DA ☐ NU

5. Fișă pacient introdusă în RRBR ☐ DA ☐ NU

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Reacție adversă severă ☐ DA ☐ NU

2. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului ☐ DA ☐ NU

Subsemnatul, dr. ....., răspund de realitatea și exactitatea completării prezentului formular.

Data: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Semnătura și parafa medicului curant

Originalul dosarului pacientului, împreună cu toate documentele anexate (evaluări clinice și buletine de laborator sau imagistice, consimțământul informat, declarația pe propria răspundere a pacientului, formularul specific, confirmarea înregistrării formularului etc.), constituie documentul-sursă față de care se poate face auditarea/controlul datelor completate în formular.

Cod formular specific: L041M

FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU SPONDILITĂ ANCHILOZANTĂ - AGENȚI BIOLOGICI

SECȚIUNEA I - DATE GENERALE

1.Unitatea medicală: .....

2. CAS / nr. contract: ...../.....

3.Cod parafă medic: ☐☐☐☐☐☐

4.Nume şi prenume pacient: .....

CNP / CID: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5.FO / RC: ☐☐☐☐☐☐ **în data**: ☐☐☐☐☐☐☐☐

6.S-a completat "Secțiunea II- date medicale" din Formularul specific cu codul: .....

7.Tip evaluare: ☐ inițiere ☐ continuare ☐ întrerupere

8.Încadrare medicament recomandat în Listă:

☐ boala cronică (sublista C secțiunea C1), cod G: ☐☐☐

☐ PNS (sublista C secțiunea C2), nr. PNS: ☐☐☐☐, cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală)*, după caz: ☐☐☐

☐ ICD10 (sublista A, B,C secțiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală)*: ☐☐☐

9. DCI recomandat: 1)..... **DC** (după caz) .....

2)..... **DC** (după caz) .....

10.*Perioada de administrare a tratamentului: ☐ 3 luni ☐ 6 luni ☐ 12 luni,

de la: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

11. Data întreruperii tratamentului: ☐☐☐☐☐☐☐☐

12. Pacientul a semnat declarația pe propria răspundere conform modelului prevăzut în Ordin:

☐ DA ☐ NU

*Nu se completează dacă la "**tip evaluare**" este bifat "**întrerupere**"!

A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT

1. Diagnostic cert de SA (criterii NY 1984, adaptate) cu imagistică ca dovadă ☐ DA ☐ NU
2. BASDAI>6 la 2 evaluări succesive separate de cel puțin 4 săpt. ☐ DA ☐ NU
3. ASDAS≥2,5 ☐ DA ☐ NU
4. VSH>28mm/1h si/sau PCR>3 x valoarea normală (cantitativ) ☐ DA ☐ NU
5. Eșecul a 2 cure de AINS de minim 6 săpt. fiecare ☐ DA ☐ NU
6. Răspuns ineficient la SSZ cel puțin 4 luni pentru formele periferice ☐ DA ☐ NU
7. Răspuns ineficient la cel puțin o administrare de glucocorticoid injectabil local ☐ DA ☐ NU
8. Prezența coxitei, uveitei sau a BID dovedite (inițiere cu ASDAS 2,1-2,5 și BASDAI>4) ☐ DA ☐ NU
9. 2 BASDAI la 2 evaluări succesive separate de cel puțin 4 săpt., screeninguri și analize de laborator conform Fișei de Inițiere obligatorii din RRBR (element de audit / control date în format electronic) ☐ DA ☐ NU
10. Absența contraindicațiilor recunoscute la terapia biologică (pentru ambele forme axiale și mixte) ☐ DA ☐ NU
11. Fișă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli Reumatice) ☐ DA ☐ NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului ☐ DA ☐ NU

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

1. Răspuns terapeutic/răspuns parțial ASDAS conform protocolului (se continuă terapia) ☐ DA ☐ NU
2. Lipsă de răspuns terapeutic ASDAS conform protocolului (se face switch) ☐ DA ☐ NU
3. Reacție adversă raportată în Fișa de Reacție Adversă din RRBR și ANM (se face switch) ☐ DA ☐ NU
4. BASDAI și analize de laborator conform Fișei de Monitorizare obligatorii din RRBR (element de audit / control date în format electronic) ☐ DA ☐ NU
5. Fișă pacient introdusă în RRBR ☐ DA ☐ NU

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Reacție adversă severă ☐ DA ☐ NU

2. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului ☐ DA ☐ NU

Subsemnatul, dr. ……, răspund de realitatea și exactitatea completării prezentului formular.

Data: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Semnătura și parafa medicului curant

Originalul dosarului pacientului, împreună cu toate documentele anexate (evaluări clinice și buletine de laborator sau imagistice, consimțământul informat, declarația pe propria răspundere a pacientului, formularul specific, confirmarea înregistrării formularului etc.), constituie documentul-sursă față de care se poate face auditarea/controlul datelor completate în formular.

Cod formular specific: L043M

FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC PENTRU POLIARTRITA REUMATOIDĂ - AGENȚI BIOLOGICI

SECȚIUNEA I - DATE GENERALE

1.Unitatea medicală: .....

2. CAS / nr. contract: ...../.....

3.Cod parafă medic: ☐☐☐☐☐☐

4.Nume şi 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: ☐ iniţiere ☐ continuare ☐ întrerupere

8.Încadrare medicament recomandat în Listă:

☐ boala cronică (sublista C secțiunea C1), cod G: ☐☐☐

☐ PNS (sublista C secțiunea C2), nr. PNS: ☐☐☐☐, cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală)*, după caz: ☐☐☐

☐ ICD10 (sublista A, B,C secțiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală)*: ☐☐☐

9. DCI recomandat: 1)..... **DC** (după caz) .....

2)..... **DC** (după caz) .....

10.*Perioada de administrare a tratamentului: ☐ 3 luni ☐ 6 luni ☐ 12 luni,

de la: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

11. Data întreruperii tratamentului: ☐☐☐☐☐☐☐☐

12. Pacientul a semnat declarația pe propria răspundere conform modelului prevăzut în Ordin:

☐ DA ☐ NU

*Nu se completează dacă la "**tip evaluare**" este bifat "**întrerupere**"!

A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT

Varianta 1:

1. Diagnostic cert de PR (criterii EULAR/ACR2010) ☐ DA ☐ NU
2. PR severă DAS28>5,1 ☐ DA ☐ NU
3. > 5 articulații dureroase / tumefiate ☐ DA ☐ NU
4. Redoare matinală>1h ☐ DA ☐ NU
5. VSH>28mm/1h sau PCR>3 x valoarea normală (cantitativ) ☐ DA ☐ NU
6. Lipsa de răspuns la 2 csDMARD ca doze și durată, conform precizărilor din protocol ☐ DA ☐ NU
7. Absența contraindicațiilor recunoscute la terapia biologică (pentru ambele forme) ☐ DA ☐ NU
8. VAS, screeninguri și analize de laborator conform Fișei de Inițiere obligatorii din RRBR (pentru ambele forme) (element de audit / control date în format electronic) ☐ DA ☐ NU
9. Fișă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli Reumatice) ☐ DA ☐ NU

Varianta 2:

1. PR cu factori de prognostic nefavorabili DAS28>3,2 ☐ DA ☐ NU
2. Vârsta<45 ani ☐ DA ☐ NU
3. Ac anti CCP>10x limita superioară a normalului ☐ DA ☐ NU
4. VSH>50mm/1h si PCR>5x valoarea normală (cantitativ) ☐ DA ☐ NU
5. Eroziuni evidențiate radiologic (cu dovada existenței acestora) ☐ DA ☐ NU
6. Lipsa de răspuns la 1 csDMARD ca doze și durată, conform precizărilor din protocol ☐ DA ☐ NU
7. Absența contraindicațiilor recunoscute la terapia biologică (pentru ambele forme) ☐ DA ☐ NU
8. VAS, screeninguri și analize de laborator conform Fișei de Inițiere obligatorii din RRBR (pentru ambele forme) (element de audit/control date în format electronic) ☐ DA ☐ NU
9. Fișă pacient introdusă în RRBR (Registrul Român de Boli Reumatice) ☐ DA ☐ NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului ☐ DA ☐ NU

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

1. Răspuns terapeutic DAS28 conform protocolului (se continuă terapia) ☐ DA ☐ NU
2. Lipsa de răspuns terapeutic DAS28 conform protocolului (se face switch) ☐ DA ☐ NU

3. Reacție adversă raportată în Fișa de Reacție Adversă din RRBR și ANM (se face switch)
☐ DA ☐ NU

4. Respectă criteriile de reperfuzie conform protocolului (doar pentru Rituximabum)
☐ DA ☐ NU

5. Terapie combinată cu csDMARD/monoterapie biologică justificată, cu precizările din protocol
☐ DA ☐ NU

6. VAS, screeninguri și analize de laborator conform Fișei de Monitorizare obligatorii din RRBR (pentru ambele forme) (element de audit / control date în format electronic) ☐ DA ☐ NU

7. Fișă pacient introdusă în RRBR ☐ DA ☐ NU

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Reacție adversă severă ☐ DA ☐ NU

2. Contraindicațiile recunoscute la terapia biologică conform protocolului ☐ DA ☐ NU

Subsemnatul, dr. ……, răspund de realitatea și exactitatea completării prezentului formular.

Data: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Semnătura și parafa medicului curant

Originalul dosarului pacientului, împreună cu toate documentele anexate (evaluări clinice și buletine de laborator sau imagistice, consimțământul informat, declarația pe propria răspundere a pacientului, formularul specific, confirmarea înregistrării formularului etc.), constituie documentul-sursă față de care se poate face auditarea/controlul datelor completate în formular.

Cod formular specific: A16AX07S.1

FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI SAPROPTERINUM

- hiperfenilalaninemia din fenilcetonurie -

SECȚIUNEA I - DATE GENERALE

1.Unitatea medicală: .....

2. CAS / nr. contract: ...../.....

3.Cod parafă medic: ☐☐☐☐☐☐

4.Nume și prenume pacient: .....

CNP / CID: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5.FO / RC: ☐☐☐☐☐☐ **în data**: ☐☐☐☐☐☐☐☐

6.S-a completat "Secțiunea II- date medicale" din Formularul specific cu codul: .....

7.Tip evaluare: ☐ inițiere ☐ continuare ☐ întrerupere

8.Încadrare medicament recomandat în Listă:

☐ boala cronică (sublista C secțiunea C1), cod G: ☐☐☐

☐ PNS (sublista C secțiunea C2), nr. PNS: ☐☐☐☐, cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală)*, după caz: ☐☐☐

☐ ICD10 (sublista A, B,C secțiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală)*: ☐☐☐

9. DCI recomandat: 1)..... **DC** (după caz) .....

2)..... **DC** (după caz) .....

10.*Perioada de administrare a tratamentului: ☐ 3 luni ☐ 6 luni ☐ 12 luni,

de la: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

11. Data întreruperii tratamentului: ☐☐☐☐☐☐☐☐

12. Pacientul a semnat declarația pe propria răspundere conform modelului prevăzut în Ordin:

☐ DA ☐ NU

*Nu se completează dacă la "**tip evaluare**" este bifat "**întrerupere**"!

A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT[1]

1. Fenilalanina plasmatică mai mare de 360 µmol/L la confirmarea diagnosticului ☐ DA ☐ NU
2. Pacientul primește tratament dietetic: restricție de proteine / fenilalanină și alimente medicale specifice (suplimente proteice fără fenilalanină) ☐ DA ☐ NU
3. Are stabilită cantitatea de aminoacizi (proteine) fără fenilalanină pe care o primește zilnic ☐ DA ☐ NU
4. Se cunoaște toleranța la fenilalanină ☐ DA ☐ NU
5. Declarația de consimțământ pentru tratament semnată ☐ DA ☐ NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Sensibilitate la substanța activă sau excipienți ☐ DA ☐ NU
2. Familie / pacient necompliant la tratament ☐ DA ☐ NU

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

- **Se completează prima dată la 6 luni de la inițierea tratamentului**
- **Pacientul este eligibil pentru continuarea tratamentului dacă toate criteriile de continuare sunt "DA"**

1. Creșterea aportului de proteine naturale ☐ DA ☐ NU
2. Îmbunătățirea controlului biochimic: cel puțin 50% din dozările de fenilalanină efectuate pe perioada tratamentului să fie în intervalul de referință ☐ DA ☐ NU
3. Ameliorarea simptomatologiei neuropsihice sub tratament ☐ DA ☐ NU
4. Reducerea aportului de aminoacizi (fără fenilalanină) din alimente medicale ☐ DA ☐ NU
5. Medicația este bine tolerată ☐ DA ☐ NU
6. Îmbunătățirea calității vieții pacientului ☐ DA ☐ NU

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Nivelul fenilalaninei plasmatice a fost în permanență peste limita superioară a intervalului de referință ☐
2. Lipsa de răspuns la creșterea dozei de SAPROPTERINĂ până la 20mg/kg corp ☐
3. Reacții adverse la tratament inacceptabile ☐
4. Pacientul refuză continuarea tratamentului ☐

[1] Pacientul este eligibil pentru inițierea tratamentului dacă toate criteriile de includere sunt DA și toate criteriile de excludere sunt NU

Subsemnatul, dr.……, răspund de realitatea și exactitatea completării prezentului formular.

Data: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Semnătura și parafa medicului curant

Originalul dosarului pacientului, împreună cu toate documentele anexate (evaluări clinice și buletine de laborator sau imagistice, consimțământul informat, declarația pe propria răspundere a pacientului, formularul specific, confirmarea înregistrării formularului etc.), constituie documentul-sursă față de care se poate face auditarea/controlul datelor completate în formular.

Cod formular specific: A16AX07S.2

FORMULAR PENTRU VERIFICAREA RESPECTĂRII CRITERIILOR DE ELIGIBILITATE AFERENTE PROTOCOLULUI TERAPEUTIC DCI SAPROPTERINUM

- hiperfenilalaninemia non-PKU prin deficit de BH4 -

SECȚIUNEA I - DATE GENERALE

1.Unitatea medicală: .....

2. CAS / nr. contract: ...../.....

3.Cod parafă medic: ☐☐☐☐☐☐

4.Nume și prenume pacient: .....

CNP / CID: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5.FO / RC: ☐☐☐☐☐☐ **în data**: ☐☐☐☐☐☐☐☐

6.S-a completat "Secțiunea II- date medicale" din Formularul specific cu codul: .....

7.Tip evaluare: ☐ inițiere ☐ continuare ☐ întrerupere

8.Încadrare medicament recomandat în Listă:

☐ boala cronică (sublista C secțiunea C1), cod G: ☐☐☐

☐ PNS (sublista C secțiunea C2), nr. PNS: ☐☐☐☐, cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală)*, după caz: ☐☐☐

☐ ICD10 (sublista A, B,C secțiunea C3, D, după caz), cod de diagnostic (*varianta 999 coduri de boală)*: ☐☐☐

9. DCI recomandat: 1)..... **DC** (după caz) .....

2)..... **DC** (după caz) .....

10.*Perioada de administrare a tratamentului: ☐ 3 luni ☐ 6 luni ☐ 12 luni,

de la: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

11. Data întreruperii tratamentului: ☐☐☐☐☐☐☐☐

12. Pacientul a semnat declarația pe propria răspundere conform modelului prevăzut în Ordin:

☐ DA ☐ NU

*Nu se completează dacă la "**tip evaluare**" este bifat "**întrerupere**"!

A. CRITERII DE INCLUDERE IN TRATAMENT[1]

1. Fenilalanina plasmatică mai mare de 120 µmol/L la confirmarea diagnosticului ☐ DA ☐ NU
2. Modificarea nivelului pterinelor pe spot de sânge / urină / LCR ☐ DA ☐ NU
3. DHPR (dihidropterinreductaza) pe spot de sânge normală /scăzută ☐ DA ☐ NU
4. Modificarea nivelului 5-Hidroxyindolacetic acid (5-HIAA) şi al acidului homovanilic (HVA) în LCR ☐ DA ☐ NU
5. Pacientul a efectuat testul de încărcare cu sapropterină și a fost responsiv (a prezentat o scădere a nivelului fenilalaninei plasmatice > 30% sau ameliorarea simptomatologiei neurologice după administrarea de sapropterină) ☐ DA ☐ NU
6. Modificări ale examenului neurologic ☐ DA ☐ NU
7. Declarația de consimțământ pentru tratament semnată ☐ DA ☐ NU

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Sensibilitate la substanța activă sau excipienți ☐ DA ☐ NU
2. Familie / pacient necompliant la tratament ☐ DA ☐ NU

C. CRITERII DE CONTINUARE A TRATAMENTULUI

1. Ameliorarea simptomatologiei neuropsihice sub tratament ☐ DA ☐ NU
2. Îmbunătățirea calității vieții pacientului ☐ DA ☐ NU

D. CRITERII DE ÎNTRERUPERE A TRATAMENTULUI

1. Simptomatologie şi examen neurologic neinfluenţate de tratament ☐
2. Lipsa de răspuns la creşterea dozei de SAPROPTERINĂ până la 20mg/kg corp ☐
3. Reacţii adverse la tratament inacceptabile ☐
4. Pacientul refuză continuarea tratamentului ☐

Subsemnatul, dr……, răspund de realitatea și exactitatea completării prezentului formular.

Data: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Semnătura şi 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.

[1] Pacientul este eligibil pentru iniţierea tratamentului dacă toate criteriile de includere sunt DA şi toate criteriile de excludere sunt NU