

Zdravotná poisťovňa: DÔVERA zdravotná poisťovňa, a.s.
Kód zdravotnej poisťovne: 24

Protokol o začatí a kontrole liečby mnohopočetného myelómu

Liečba:

- začatie liečby
 pokračovanie liečby

Meno, priezvisko a špecializácia ošetrojúceho lekára:
kód lekára:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:
kód PZS:
Telefónne číslo, číslo faxu, emailová adresa:
Meno, priezvisko a špecializácia indikujúceho lekára:
kód lekára:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:
kód PZS:
Telefónne číslo, číslo faxu, emailová adresa:
Meno a priezvisko pacienta:
Rodné číslo:
Adresa trvalého pobytu:

ŠÚKL kód lieku:
ATC kód lieku:
Názov lieku:
Doplňok názvu lieku:
Požadovaný počet balení:
Na obdobie:
Dávkovanie: Povrch tela: m²
Diagnóza podľa MKCH: C 90.00 slovom: mnohopočetný myelóm

I. časť

Žiadosť o súhlas na začatie liečby liekom

(uviesť názov lieku a ŠUKL kód)

- (bortezomib) L01XX32, 1.línia liečby
-(bortezomib) L01XX32, liečba relapsu
- Revlimid (lenalidomid) L04AX04, liečba relapsu
-(bendamustin) L01AA09 1.línia liečby

Vyplní sa ošetroujúcim lekárom:

Vek pacienta:

Diagnóza: mnohopočetný myelóm

Dátum stanovenia diagnózy:

Dátum začiatku liečby:

Doterajšia liečba (v prípade liečby relapsu MM):

Predchádzajúca liečba 1. línie (typ, dátum od – do, liečebná odpoveď):

Liečba 2. línie (typ, dátum od – do, liečebná odpoveď):

Ďalšie línie liečby: (typ, dátum od – do, liečebná odpoveď)

Stav pacienta v čase návrhu (dátum):

Bola zaznamenaná progresia ochorenia? áno / nie

Karnofského skóre(%):

Popis progresie ochorenia pacienta:

Monoklonálny Ig (MIG): typ

a) Paraproteín v sére g/l

Paraproteín v moči

b) Cytológia kostnej drene: - počet vyšetrených buniek

- % plazmocytov

c) Kostné ložiská:

d) Zväčšenie plazmocytómu od poslednej liečby: áno / nie

e) Vznik nádorovej hyperkalcémie: áno / nie

Hematologické parametre:

KO:
pozit
Hb: *g/l*
pozit
Le: *x10⁹/l*
pozit
Tr: *x10⁹/l*
Neu *x10⁹/l*

Biochemické parametre:

kreatinín:	<i>umol/l</i>	HbsAg: negat /
LDH:	<i>ukat/l</i>	HIV: negat /
bielkoviny celk.:	<i>g/l</i>	HCV: negat /
kalciium:	<i>mmol/l</i>	
B2M:	<i>mg/l</i>	

Periférna polyneuropatia (diagnostikovaná neurológom):

.....
.....
.....

Meno a priezvisko neurológa:

Dátum vyšetrenia:

Odtlačok pečiatky, kód a podpis ošetrojúceho lekára:

Dátum:

Odtlačok pečiatky, kód a podpis indikujúceho lekára:

Dátum:

II. časť

Žiadosť o súhlas na pokračovanie liečby liekom

(uviesť názov lieku a ŠUKL kód)

- (bortezomib) L01XX32, 1. línia liečby
- (bortezomib) L01XX32, liečba relapsu
- Revlimid (lenalidomid) L04AX04, liečba relapsu
-(bendamustin), L01AA09, pokračovanie v 1.línii

Diagnóza: C 90.00 mnohopočetný myelóm

Meno a priezvisko pacienta:

Dátum začiatku liečby:

Línia liečby: 1.línia liečby liečba relapsu

Počet doposiaľ podaných cyklov:

Doposiaľ dosiahnutý efekt liečby v zmysle kritérií EBMT :

1. = kompletná odpoveď
2. = parciálna odpoveď
3. = minimálna odpoveď
4. = stabilné ochorenie
5. = progresia

Zdôvodnenie pokračovania liečby:

.....

.....

.....

Odtlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára:

Dátum:

