

Zdravotná poisťovňa:
Kód zdravotnej poisťovne:

Protokol o začatí a kontrole liečby
reumatoidnej artritídy

Liečba:

- začatie liečby
 pokračovanie liečby

Meno, priezvisko a špecializácia navrhujúceho / 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:
Doplnok názvu lieku:
Požadovaný počet balení:
Na obdobie:
Dávkovanie:
Diagnóza podľa MKCH: slovom:

Dátum:

Žiadosť o súhlas na začatie liečby liekom (vyplnené indikujúcim lekárom)

- Enbrel(etanerceptum) L04AB01
- Remicade (infiximabum) L04AB02
- Humira(adalimumabum) L04AB04
- Mabthera (rituximabum) L01XC02
- Orencia(abaceptum) L04AA24
- RoActemra(tocilizumabum) L04AC07
- Cimzia (certolizumab) L04AB05
- Simponi (golimumab) L04AB06

Diagnóza:.....

Dátum stanovenia diagnózy:.....

Diagnóza RA: (rtg. štádium, začiatok, prítomnosť reumatoidného faktora, aktivita, funkčný stav, alebo priebeh):

	vpravo		vľavo	
	bolesť	opuch	bolesť	opuch
Rameno				
Laket'				
Zápästie				
MCP I				
MCP II				
MCP III				
MCP IV				
MCP V				
PIP I				
PIP II				
PIP III				
PIP IV				
PIP V				
Koleno				
Celkovo				

Liek	začiatok liečby	ukončenie liečby	dôvod ukončenia
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Súčasná medikamentózna liečba

Liek	začiatok liečby
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Vyšetrenia pred zavedením biologickej liečby

FW:..... CRP:

Pneumologické vyšetrenie (vrátane rtg. snímky hrudníka, tuberkulínového testu, Quantiferonového testu. V prípade liečby Mabtherou (rituximabum) a Orenciou (abaceptum) nie je potrebné, ak bol pacient predtým liečený TNF inhibítorom)

Anti HIV:..... HBsAg:.....anti-HCV.....

KO: Hb:..... Htk:..... Ery:.....Leu:.....Trombo:.....

Dif. KO: Mono..... Lymfo..... Granulocyty

ANA:anti DNA:.....celkové bielkoviny.....albumíny.....

AST:.....ALT:.....GMT:..... ALP:.....kreatinin.....

moč chemicky a sediment:.....

výška:.....cm hmotnosť:.....kg

RTG snímky ruky AP, nohy AP:

Vyhlásenie lekára:

Vyhlasujem, že som vykonal poučenie pacienta o predpokladanom prínose biologickej liečby, o spôsobe jeho podávania a o možných nežiaducich účinkoch lieku.

Dátum:.....

Podpis:.....

Súhlas pacienta s liečbou:

Potvrdzujem, že som bol informovaný o charaktere liečby, spôsobe aplikácie, možných vedľajších účinkoch a súhlasím s liečbou.

Dátum:.....

Podpis:.....

Vyhlásenie pacientky vo fertilnom veku:

Vyhlasujem, že počas liečby budem dodržiavať adekvátne opatrenia na zabránenie počatia.

Dátum:.....

Podpis:.....

Odtlačok pečiatky a podpis navrhujúceho / ošetrojúceho lekára:

Dátum:

Názov zdravotníckeho zariadenia indikujúceho liečbu:

.....

Odtlačok pečiatky a podpis indikujúceho lekára:

Dátum:

