**Zdravotná poisťovňa: UNION zdravotná poisťovňa, a. s.**

**Kód zdravotnej poisťovne: 27**

**Protokol o začatí a kontrole liečby karcinómu prsníka**

**1.A včasné štádium, neoadjuvantná a adjuvantná liečba, HER 2 pozit.**

**– základné údaje a začiatok liečby**

**Základné údaje o poistencovi:**

|  |
| --- |
| * *Meno a priezvisko poistenca:* |
| * *Rodné číslo :* |
| * *Adresa trvalého bydliska* * *Telefonický kontakt:* * *Mailový kontakt:* |

**Klinické údaje :**

|  |
| --- |
| * ***Diagnóza*** *: kód: slovom:* * ***Dátum stanovenia diagnózy:*** |
| * ***Neoadjuvantná liečba***  *nie*   *áno ...*   *vrátane transtuzumab*  *vrátane trastuzumab a pertuzumab*  *bez transtuzumab*   * ***Dátum chirurgickej liečby:***   *Limitovaný chirurgický výkon na prsníku*  *Amputácia prsníka* |
| * ***Histopatologické vyšetrenie****:* *pooperačný nález*   *Typ:*  *Grade:* *Gx*  *G1*  *G2*  *G3*  *G4* *G neurčený*  *Stage:* ***pT1b***  *p T1c*  *pT2* p*T34* *pT4a* *pT4b* *pT4c* *pT4d*  *pNx*  *p N0*  *p N1*  *p N2a*  *p N2b*  *p N3a*  *p N3b*  *p N3c*  *M0*  *M1*  *Dátum histopatologického vyšetrenia*  *Pracovisko:*  *Poznámka:* |
| * ***Prediktívne faktory – imunohistochemická analýza****:*   *Expresia* ***HER 2*** *receptora \**  *pozit .... metóda*  *štandardný Hercept-test (stupeň 3+)*  *in situ hybridizácia (stupeň 2+)*  *negat*  *Hormonálne receptory pozit :* ***ER***   *0%*   *od 1-10 %*   *nad 10%*  ***PgR***   *0%*   *od 1-10 %*   *nad 10%*   * *Pracovisko:* * *Dátum imunohistochemickej analýzy:* * *Poznámka:*   ***\*(K žiadosti do zdravotnej poisťovne pripojiť kópiu dokladu dokazujúcu expresiu HER 2 receptora)*** |
| * ***Rozsah ochorenia*** *v čase stanovenia diagnózy:*   *TNM štádium* *I.* *II.* *III.*  *IV.*   * ***Prognostická skupina***   *Stredné riziko*  *Vysoké riziko*   * ***Menostatus***   *premenopauza*  *postmenopauza*   * ***Karnofski %*** |

* ***Dátum*** *vyplnenia vstupných údajov protokolu:*

**Protokol o začatí a kontrole liečby karcinómu prsníka**

**1.A včasné štádium, neoadjuvantná a adjuvantná liečba, HER 2 pozit.**

**– začiatok liečby**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| ***Trastuzumab*** | *6957A Herceptin s.c. 600 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| *Monoterapia*  *Kombinácia: cytostatický režim*  *hormonálna terapia* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| ***Pertuzumab a Trastuzumab*** | *6277D Phesgo s.c. 1200mg x 600 mg*  *6278D Phesgo s.c. 600mg x 600 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| *Monoterapia*  *Kombinácia: cytostatický režim*  *hormonálna terapia* | *Vypísať ( informácia o názve  lieku v kombinácii , dávkovaní, iné)*  *docetaxel* | |

|  |
| --- |
| ***Ošetrujúci lekár :***   * *meno, priezvisko* * *kód lekára:* |
| * *názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:* * *IČO:* |
| * *telefónne číslo:* * *číslo faxu:* * *emailová adresa:* |

**Zdravotná poisťovňa: UNION zdravotná poisťovňa, a.s.**

**Kód zdravotnej poisťovne: 27**

**Protokol o začatí a kontrole liečby karcinómu prsníka (C 50.\*\*) č. 2**

**1.B včasné štádium, neoadjuvantná a adjuvantná liečba, HER 2 pozit. - pokračovanie liečby**

**Základné údaje o poistencovi:**

|  |
| --- |
| * *Meno a priezvisko poistenca:* |
| * *Rodné číslo :* |
| * *Adresa trvalého bydliska* * *Telefonický kontakt:* * *Mailový kontakt:* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Doterajšia adjuvantná liečba*** | ***Dátum začiatku liečby*** | ***Dátum kontroly liečby***  *(na základe ktorej sú dáta vkladané do protokolu)* |
| *Trastuzumab*  *Phesgo*  *monoterapia*  *kombinácia* |  |  |

|  |
| --- |
| * ***Zhodnotenie účinnosti liečby :***   *Epikríza:* |

|  |  |
| --- | --- |
| * ***Zhodnotenie toxicity:***   *Kardiovaskulárny systém*  *Gastrointestinálny trakt*  *Nervový systém*  *Koža a podkožné tkanivo*  *Poruchy funkcie obličiek*  *Hematologické poruchy*  *Endokrinný systém*  *Kostrová a svalová sústava*  *Dýchací systém*  *iné* | * ***Záver:***   *Toxicita:*  *nie*  *áno ......vyžaduje redukciu dávky ?  nie*  *áno* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| ***Trastuzumab*** | *6957A Herceptin s.c. 600 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| *Monoterapia*  *Kombinácia: cytostatický režim*  *hormonálna terapia* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| ***Pertuzumab a Trastuzumab*** | *6277D Phesgo s.c. 1200mg x 600 mg*  *6278D Phesgo s.c. 600mg x 600 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| *Monoterapia*  *Kombinácia: cytostatický režim*  *hormonálna terapia* | *Vypísať ( informácia o názve  lieku v kombinácii , dávkovaní, iné)*  *docetaxel* | |

|  |
| --- |
| ***Ošetrujúci lekár:***   * *meno, priezvisko:* * *kód lekára:* * *dátum, pečiatka a podpis* |
| * *názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:* * *IČO:* |
| * *telefónne číslo:* * *emailová adresa:* |

**Zdravotná poisťovňa: UNION zdravotná poisťovňa, a.s.**

**Kód zdravotnej poisťovne: 27**

**Protokol o začatí a kontrole liečby karcinómu prsníka**

**1.A - 1. línia metastatické / rekurentné ochorenie – základné údaje a začiatok liečby**

**Základné údaje o poistencovi:**

|  |
| --- |
| * *Meno a priezvisko poistenca:* |
| * *Rodné číslo :* |
| * *Adresa trvalého bydliska* * *Telefonický kontakt:* * *Mailový kontakt:* |

**Klinické údaje :**

|  |
| --- |
| ***Diagnóza : kód: slovom:*** |
| ***Rekurentné ochorenie***  *lokálna recidíva*  *postihnutie kontralaterálneho prsníka*  v*zdialené MTS*     * *Dátum stanovenia diagnózy primárneho ochorenia:* * *Dátum stanovenia diagnózy rekurentného ochorenia:* * ***Dátum chirurgickej liečby v rámci rekurentného ochorenia:***   *Limitovaný chirurgický výkon na prsníku*  *Amputácia prsníka*  *Iné (pomenovať)*  *Bez chirurgickej liečby*     * ***Histopatologické vyšetrenie v čase diagnózy rekurentného ochorenia:***   *vykonané*  *nevykonané*  ***Typ:***  ***Grade:*** *Gx*  *G1*  *G2*  *G3*  *G4* *G neurčený*  ***Stage:*** *pT1b*  *p T1c*  *pT2* p*T34* *pT4a* *pT4b* *pT4c* *pT4d* *pT*  *neurčený*  *pNx*  *p N0*  *p N1*  *p N2a*  *p N2b*  *p N3a*  *p N3b*  *p N3c* *pN*  *neurčený*  *M0*  *M1*  *Dátum histopatologického vyšetrenia*  *Pracovisko:*  *Poznámka:* |

|  |
| --- |
| ***Metastatické ochorenie***     * *Dátum stanovenia diagnózy* ***metastatického*** *ochorenia:* * ***Dátum chirurgickej liečby*** *v rámci metastatického ochorenia:*   *Limitovaný chirurgický výkon na prsníku*  *Amputácia prsníka*  *Iné (pomenovať)*  *Bez chirurgickej liečby*     * ***Histopatologické vyšetrenie*** *v čase diagnózy metastatického ochorenia:*     *Typ:*  *Grade:* *Gx*  *G1*  *G2*  *G3*  *G4* *G neurčený*  *Stage:* ***pT1b***  *p T1c*  *pT2* p*T34* *pT4a* *pT4b* *pT4c* *pT4d* *pT neurčený*  *pNx*  *p N0*  *p N1*  *p N2a*  *p N2b*  *p N3a*  *p N3b*  *p N3c* *pN neurčený*  *M0*  *M1*  *Dátum histopatologického vyšetrenia:*  *Pracovisko:*  *Poznámka:* |
| * ***Prediktívne faktory – imunohistochemická analýza****:*   *Expresia* ***HER 2*** *receptora \**  *pozit .... metóda*  *štandardný Hercept-test (stupeň 3+)*  *in situ hybridizácia (stupeň 2+)*  *negat*  *Hormonálne receptory pozit :* ***ER***   *0%*   *od 1-10 %*   *nad 10%*  ***PgR***   *0%*   *od 1-10 %*   *nad 10%*   * *Pracovisko:* * *Dátum imunohistochemickej analýzy:* * *Poznámka:* |
| * ***Rozsah ochorenia*** *v čase stanovenia diagnózy: ( vyplniť podľa dostupnosti informácií)*   *cT: cN: M:*  *pT: pN: M:*    *TNM klinické štádium* *I.* *II.* *III.*  *IV.*   * ***Lokalizácia metastáz****:*   *viscerálne*  *pľúca  hepar  mozog  iné ( pomenovať)*  *neviscerálne*  *kosti  hrudná stena  iné ( pomenovať* |
| * ***Menostatus***   *premenopauza*  *postmenopauza* |
| * ***Karnofski %*** |

|  |
| --- |
| * ***Použité zobrazovacie diagnostické metódy****:*     *USG CT  MR  Rtg hrudníka, scintigrafické vyšetrenie skeletu,*  *iné (pomenovať)*  *Vybrať a popísať tie, kde je zdokumentované MTS postihnutie a ktoré budú rozhodujúce pre hodnotenie účinnosti liečby*   * *Výsledok vyšetrení: (vložiť popis a záver)* * *Pracovisko:* * *Dátum vykonania zobrazovacej metódy:* * *Poznámka:* |

|  |
| --- |
| ***Ošetrujúci lekár:***   * *meno, priezvisko* * *kód lekára:* * *dátum, pečiatka a podpis* |
| * *názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:* * *IČO:* |
| * *telefónne číslo:* * *číslo faxu:* * *emailová adresa:* |

**Protokol o začatí a kontrole liečby karcinómu prsníka (C 50.\*\*) č. 2**

**1.A - 1. línia metastatické / rekurentné ochorenie – začiatok liečby**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***Trastuzumab*** | *6957A Herceptin s.c. 600 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| m*onoterapia*  k*ombinácia:* *chemoterapia*  *hormonálna terapia* | *Vypísať ( informácia o názve  lieku v kombinácii , dávkovaní, iné)* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***Trastuzumab emtanzín*** | *7893A Kadcyla plc ifc 1x100 mg*  *7894A Kadcyla plc ifc 1x160 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***Pertuzumab*** | *4491A Perjeta con inf 1x420 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| k*ombinácia:* *chemoterapia*  *trastuzumab* | *Vypísať ( informácia o názve  lieku v kombinácii , dávkovaní, iné)* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***lapatinib*** | *07339* ***TYVERB*** tbl flm 70x250 mg (fľaša HDPE) |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| k*ombinácia:*  *inhibítor aromatázy* | *Vypísať (názov  lieku v kombinácii , dávkovanie, iné)* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 negat.*  ***bevacizumab*** | *..................................con inf 1x4 ml/100 mg* |  |
| *................................con inf 1x16 ml/400 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| k*ombinácia:*  *paklitaxel* | *Vypísať (názov  lieku v kombinácii, dávkovanie, iné)* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***Pertuzumab a trastuzumab*** | *6277D Phesgo s.c. 1200mg x 600 mg*  *6278D Phesgo s.c. 600mg x 600 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| k*ombinácia:* *chemoterapia*  *trastuzumab* | *Vypísať ( informácia o názve  lieku v kombinácii , dávkovaní, iné)*  *docetaxel* | |

|  |
| --- |
| ***Ošetrujúci lekár:***   * *meno, priezvisko* * *kód lekára:* * *dátum, pečiatka a podpis* |
| * *názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:* * *IČO:* |
| * *telefónne číslo:* * *číslo faxu:* * *emailová adresa:* |

**Zdravotná poisťovňa: UNION zdravotná poisťovňa, a. s.**

**Kód zdravotnej poisťovne: 27**

**Protokol o začatí a kontrole liečby karcinómu prsníka**

**1.B - 1. línia metastatické / rekurentné ochorenie - pokračovanie liečby**

**Základné údaje o poistencovi:**

|  |
| --- |
| * *Meno a priezvisko poistenca:* |
| * *Rodné číslo :* |
| * *Adresa trvalého bydliska* * *Telefonický kontakt:* * *Mailový kontakt:* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Doterajšia liečba v 1. línii*** | ***Dátum začiatku liečby*** | ***Dátum kontroly liečby***  *( na základe ktorej sú dáta vkladané do protokolu)* |
| *trastuzumab* |  |  |
| *Perjeta* |  |  |
| *Tyverb* |  |  |
| *bevacizumab* |  |  |
| *Kadcyla* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Phesgo* |  |  |

|  |
| --- |
| * ***Zhodnotenie účinnosti liečby :***   *USG CT MR  Rtg hrudníka, scintigrafické vyšetrenie skeletu,*  *iné (pomenovať)*  *Vybrať a popísať tie, kde je zdokumentované MTS postihnutie a ktoré sú rozhodujúce pre hodnotenie účinnosti liečby*   * *Výsledok vyšetrení: (vložiť popis a záver )* * *Pracovisko:* * *Dátum vykonania zobrazovacej metódy:* * *Poznámka:* * ***Záver:***   *Parciálna remisia ( PR) :*  *Stabilizácia (SD):* |

|  |  |
| --- | --- |
| * ***Zhodnotenie toxicity:***   *Kardiovaskulárny systém*  *Gastrointestinálny trakt*  *Nervový systém*  *Koža a podkožné tkanivo*  *Poruchy funkcie obličiek*  *Hematologické poruchy*  *Endokrinný systém*  *Kostrová a svalová sústava*  *Dýchací systém*  *iné* | * ***Záver:***   *Toxicita:*  *nie*  *áno ......vyžaduje redukciu dávky ?  nie*  *áno* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***trastuzumab*** | *6957A Herceptin s.c. 600 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| *monoterapia*  *kombinácia: cytostatický režim*  *hormonálna terapia* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***Trastuzumab emtanzín*** | *7893A Kadcyla plc ifc 1x100 mg*  *7894A Kadcyla plc ifc 1x160 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***Pertuzumab*** | *4491A Perjeta con inf 1x420 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| k*ombinácia:* *chemoterapia*  *trastuzumab* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***lapatinib*** | *07339* ***TYVERB*** tbl flm 70x250 mg (fľaša DHPE) |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| *kombinácia: hormonálna terapia* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 negat.*  ***bevacizumab*** | *..................................con inf 1x4 ml/100 mg* |  |
| *................................con inf 1x16 ml/400 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| *kombinácia:*  *paklitaxel* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***Pertuzumab a trastuzumab*** | *6277D Phesgo s.c. 1200mg x 600 mg*  *6278D Phesgo s.c. 600mg x 600 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| k*ombinácia:* *chemoterapia*  *trastuzumab* | *Vypísať ( informácia o názve  lieku v kombinácii , dávkovaní, iné)*  *docetaxel* | |

|  |
| --- |
| ***Ošetrujúci lekár:***   * *meno, priezvisko* * *kód lekára:* * *dátum, pečiatka a podpis* |
| * *názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:* * *IČO:* |
| * *telefónne číslo:* * *číslo faxu:* * *emailová adresa:* |

**Zdravotná poisťovňa: UNION zdravotná poisťovňa, a.s.**

**Kód zdravotnej poisťovne: 27**

**Protokol o začatí a kontrole liečby karcinómu prsníka**

**2.A - 2. línia metastatické / rekurentné ochorenie, HER 2 pozit. - začiatok liečby**

**Základné údaje o poistencovi:**

|  |
| --- |
| * *Meno a priezvisko poistenca:* |
| * *Rodné číslo :* |
| * *Adresa trvalého bydliska* * *Telefonický kontakt:* * *Mailový kontakt:* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Doterajšia liečba v 1. línii*** | *Dátum* ***začiatku*** *liečby* | *Dátum* ***ukončenia*** *liečby* |
| *trastuzumab* |  |  |
| *Perjeta* |  |  |
| *Tyverb* |  |  |
| *Kadcyla* |  |  |

|  |
| --- |
| * ***Dôvod ukončenia liečby 1. línie***   *progresia ( PD)*  *toxicita vyžadujúca ukončenie liečby*  *Kardiovaskulárny systém*  *Gastrointestinálny trakt*  *Nervový systém*  *Koža a podkožné tkanivo*  *Poruchy funkcie obličiek*  *Hematologické poruchy*  *Endokrinný systém*  *Kostrová a svalová sústava*  *Dýchací systém*  *iné*  *Poznámka:*  *rozhodnutie pacienta* |

|  |
| --- |
| *USG CT MR  Rtg hrudníka, scintigrafické vyšetrenie skeletu, iné (pomenovať)*  *Vybrať a popísať tie, kde je zdokumentované MTS postihnutie a ktoré sú rozhodujúce pre hodnotenie účinnosti liečby*   * *Výsledok vyšetrení: (vložiť popis )* * *Pracovisko:* * *Dátum vykonania zobrazovacej metódy:* * *Poznámka:* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***Trastuzumab*** | *6957A Herceptin s.c. 600 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| *kombinácia:* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***Trastuzumab emtanzín*** | *7893A Kadcyla plc ifc 1x100 mg*  *7894A Kadcyla plc ifc 1x160 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***lapatinib*** | *07339* ***TYVERB*** tbl flm 70x250 mg (fľaša DHPE) |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| *kombinácia: kapecitabín* |  | |

|  |
| --- |
| ***Ošetrujúci / navrhujúci lekár:***   * *meno, priezvisko* * *kód lekára:* * *dátum, pečiatka a podpis* |
| * *názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:* * *IČO:* |
| * *telefónne číslo:* * *číslo faxu:* * *emailová adresa:* |

**Zdravotná poisťovňa: UNION zdravotná poisťovňa, a.s.**

**Kód zdravotnej poisťovne: 27**

**Protokol o začatí a kontrole liečby karcinóm prsníka**

**2.B - 2. línia metastatické / rekurentné ochorenie, HER 2 pozit. - pokračovanie liečby**

**Základné údaje o poistencovi:**

|  |
| --- |
| * *Meno a priezvisko poistenca:* |
| * *Rodné číslo :* |
| * *Adresa trvalého bydliska* * *Telefonický kontakt:* * *Mailový kontakt:* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Doterajšia liečba v 2. línii*** | ***Dátum začiatku liečby*** | ***Dátum kontroly liečby***  *( na základe ktorej sú data vkladané do protokolu)* |
| *trastuzumab* |  |  |
| *Tyverb* |  |  |
| *Kadcyla* |  |  |

|  |
| --- |
| * ***Zhodnotenie účinnosti liečby :***   *USG CT MR  Rtg hrudníka, scintigrafické vyšetrenie skeletu,*  *iné (pomenovať)*  *Vybrať a popísať tie, kde je zdokumentované MTS postihnutie a ktoré sú rozhodujúce pre hodnotenie účinnosti liečby*   * *Výsledok vyšetrení: (vložiť popis )* * *Pracovisko:* * *Dátum vykonania zobrazovacej metódy:* * *Poznámka:* * ***Záver:***   *Parciálna remisia ( PR) :*  *Stabilizácia (SD):* |

|  |  |
| --- | --- |
| * ***Zhodnotenie toxicity:***   *Kardiovaskulárny systém*  *Gastrointestinálny trakt*  *Nervový systém*  *Koža a podkožné tkanivo*  *Poruchy funkcie obličiek*  *Hematologické poruchy*  *Endokrinný systém*  *Kostrová a svalová sústava*  *Dýchací systém*  *iné* | * ***Záver:***   *Toxicita:*  *nie*  *áno ......vyžaduje redukciu dávky ?  nie*  *áno* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Žiadosť o schválenie lieku | názov lieku | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***trastuzumab*** | *6957A Herceptin s.c. 600 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |
| k*ombinácia:* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *názov lieku* | *žiadaný počet balení* |
| *HER 2 pozit.*  ***Trastuzumab emtanzín*** | *7893A Kadcyla plc ifc 1x100 mg*  *7894A Kadcyla plc ifc 1x160 mg* |  |
| *Na obdobie:* |  | |
| *Dávkovanie:* |  | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Žiadosť o schválenie lieku | názov lieku | *žiadaný počet balení* | |
| *HER 2 pozit.*  ***lapatinib***  *.* | *07339* ***TYVERB*** tbl flm 70x250 mg (fľaša DHPE) |  | |
| *Na obdobie:* |  | | |
| *Dávkovanie:* |  | | |
| *Hmotnosť pacienta:* |  | | |
| k*ombinácia:*  *kapecitabín* |  | | |
| ***Ošetrujúci lekár:***   * *meno, priezvisko* * *kód lekára:* * *dátum, pečiatka a podpis* | | | |
| * *názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:* * *IČO:* | | | |
| * *telefónne číslo:* * *číslo faxu:* * *emailová adresa:* | | | |

**Protokol o začatí a kontrole liečby karcinómu prsníka**

**3.A - recidivujúce/progredujúce ochorenie s pozitivitou hormonálnych receptorov a negativitou HER 2/neu – základné údaje a začiatok liečby**

**Základné údaje o poistencovi:**

|  |
| --- |
| * *Meno a priezvisko poistenca:* |
| * *Rodné číslo :* |
| * *Adresa trvalého bydliska* * *Telefonický kontakt:* * *E- mailový kontakt:* |

**Klinické údaje :**

|  |
| --- |
| ***Diagnóza*** *: kód: slovom:* |
| * *Dátum stanovenia diagnózy* ***primárneho*** *tumoru* * *Klinické štádium v čase stanovenia diagnózy: pT: N: M:* * *Biologická charakteristika ochorenia:*   ***ER***  *pozit.*   *negat.*  ***PgR*** *pozit.*   *negat.*  ***HER 2*** *Áno*   *Nie* |

|  |
| --- |
| ***Metastatické ochorenie***     * *Dátum stanovenia diagnózy* ***metastatického*** *ochorenia:* * ***Histopatologické vyšetrenie*** *v čase diagnózy metastatického ochorenia:*     *Áno*   *Nie*   * ***Ak áno:***     ***ER***  *pozit.*   *negat.*    ***PgR*** *pozit.*   *negat.*    ***HER 2*** *Áno*   *Nie* |
| * ***Lokalizácia metastáz****:*   *viscerálne*  *pľúca  hepar  mozog  iné ( pomenovať)*    *neviscerálne*  *kosti  mäkké tkanivá lymfatické uzliny  iné ( pomenovať* |
| * ***Menostatus***   *premenopauza*  *postmenopauza* |
| * ***Karnofski %*** |

|  |
| --- |
| ***Ošetrujúci lekár:***   * *meno, priezvisko* * *kód lekára:* * *pečiatka a podpis* |
| * *názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:* * *IČO:* |
| * *telefónne číslo:* * *číslo faxu:* * *emailová adresa:* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Žiadosť o schválenie lieku* | *Názov a ŠÚKL kód lieku* | *žiadaný počet balení* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***everolimus*** | ***.............................. 10 mg***    ***............................... 5 mg*** |  |
| *Na obdobie:* | | |
| *Dávkovanie:* | | |
| k*ombinácia* ***exemestan* 25 mg denne** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Predchádzajúca liečba NSAI (nesteroidný inhibítor aromatázy):***  *áno  nie*  ***Rekurencia (recidíva) ochorenia1 :***  *áno  nie*  ***Progresia ochorenia2:***  *áno  nie*  *1 recidíva definovaná ako:* recidíva (rekurencia) ochorenia priamo počas adjuvatnej liečby NSAIs (anastrozol/letrozol) alebo 12 mesiacov od ich ukončenia  *2 progresia definovaná ako:* progresia pri liečbe NSAI (anastrozol/letrozol) v prvej línii hormonálnej liečby metastatického karcinómu prsníka |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Prítomnosť symptomatických viscerálnych metastáz:***  ***□*** *áno □ nie*  ***Prítomnosť CNS metastáz:***  *□ áno □ nie* | | |  |  | |
| ***Ošetrujúci lekár:***   * *meno, priezvisko* * *kód lekára:* * *pečiatka a podpis* | | | | |
| * *názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:* * *IČO:* | | | | |
| * *telefónne číslo:* * *číslo faxu:* * *emailová adresa:* | | | | |
|  | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Protokol o začatí a kontrole liečby karcinómu prsníka**

**3.B - recidivujúce/progredujúce ochorenie s pozitivitou hormonálnych receptorov a negativitou HER 2/neu – pokračovanie liečby**

**Základné údaje o poistencovi:**

|  |
| --- |
| * *Meno a priezvisko poistenca:* |
| * *Rodné číslo :* |
| * *Adresa trvalého bydliska* * *Telefonický kontakt:* * *E-mailový kontakt:* |

**Dosiahnutá odpoveď**:

Kompletná remisia(CR)

Parciálna remisia(PR)

Stabilizácia ochorenia(SD)

Progresia ochorenia(PD)

|  |  |
| --- | --- |
| * ***Zhodnotenie toxicity:***   *Kardiovaskulárny systém*  *Gastrointestinálny trakt*  *Nervový systém*  *Koža a podkožné tkanivo*  *Poruchy funkcie obličiek*  *Hematologické poruchy*  *Endokrinný systém*  *Kostrová a svalová sústava*  *Dýchací systém*  *iné* | * ***Záver:***   *Toxicita:*  *nie*  *áno ......vyžaduje redukciu dávky ?  nie*  *áno* |

*Epikríza:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Žiadosť o schválenie lieku (pokračovanie liečby) | Názov a ŠÚKL kód lieku | *žiadaný počet balení* | |
| ***everolimus*** | ***.............................. 10mg***    ***.............................. 5 mg*** | |  |
| *Na obdobie:* | | | |
| *Dávkovanie:* | | | |
| k*ombinácia:* ***exemestan 25 mg denne*** | | | |

|  |
| --- |
| ***Ošetrujúci lekár:***   * *meno, priezvisko* * *kód lekára:* * *pečiatka a podpis* |
| * *názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:* * *IČO:* |
| * *telefónne číslo:* * *číslo faxu:* * *emailová adresa:* |