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

**Kód zdravotnej poisťovne: 27**

**Protokol o začatí a kontrole liečby**

**mnohopočetného myelómu**

Liečba:

[ ]  začatie liečby

[ ]  pokračovanie liečby

|  |
| --- |
| **Meno, priezvisko a špecializácia ošetrujúceho 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: 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

**[ ]** .................................................................... (lenalidomid) L04AX04

### [ ]  ……………………………………………….. (bendamustin) L01AA09

### [ ]  ……………………………………………….. (daratumumab) L01XC24

### [ ]  ……………………………………………….. (pomalidomid) L04AX06

### [ ]  ……………………………………………….. (ixazomib) L01XX50

**Vyplní sa ošetrujúcim 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: Biochemické parametre:**

**KO:** kreatinín: *umol/l* HbsAg: negat / pozit

Hb: *g/l* LDH: *ukat/l* HIV: negat / pozit

Le: *x109/l* bielkoviny celk.: *g/l* HCV: negat / pozit

Tr: *x109/l* kalcium: *mmol/l*

Neu *x109/l* B2M:  *mg/l*

Periférna polyneuropatia (diagnostikovaná neurológom): ......................................................................................................................................

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

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

Meno a priezvisko neurológa: ........................................

Dátum vyšetrenia: ..........................................................

Odtlačok pečiatky, kód a podpis ošetrujúceho 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

**[ ]** .................................................................... (lenalidomid) L04AX04

### [ ]  ……………………………………………….. (bendamustin) L01AA09

### [ ]  ……………………………………………….. (daratumumab) L01XC24

### [ ]  ……………………………………………….. (pomalidomid) L04AX06

### [ ]  ……………………………………………….. (ixazomib) L01XX50

**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 ošetrujúceho lekára:

Dátum: ...............................