

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА

здравен район

регистрационен номер на лечебното заведение

.....
име на лечебното заведение

ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕКАРСТВЕНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ

Към Решение № / дата: . на Клинична комисия по хематология

Комисия, назначена със Заповед №..... определя следното лекарствено лечение на базата на взетото решение при пациента:

ПАЦИЕНТ

РЗОК №.

здравен район

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

Пол м/ж

ЕГН

ЛНЧ

ССН

гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

Идентификационен номер на пациента

код на държава

дата на раждане .

.....
име, презиме и фамилия

Ръст (см)

Тегло (кг)

Телесна повърхност (кв. м)

Диагноза:

МКБ 10

.

Предиктивен маркер (където е приложимо):

Ph и/или BCR-ABL (+)

Ph и/или BCR-ABL (+) с T315I мутация (+)

Del17p и/или p53 мутация (+)

JAK2V617F мутация (+)

PML/RARA (+)

CD20 (+)

CD30 (+)

FLT3-ITD (+)

не е изследван

PDGFR генни пренареждания

CD3 и/или CD19 (+)

няма предиктивен маркер

При лечение за химиотерапия/прицелна терапия/имунотерапия/растежни фактори/симптоматично лечение:

Линия на терапия: първа линия

втора линия

трета линия

четвърта линия

пета и следваща линия

Схема (наименование):

.....

.....

Тип терапия	АТС	Международно непатентно наименование /INN/	Ден/дни	Стандартна доза	Индивидуална доза (mg/mcg/IU/MIU/MU)	Доза за цикъл (mg/mcg/IU/MIU/MU)	Обща доза (mg/mcg/IU/MIU/MU)
.....							

Брой цикли (повторения): Оценка след цикъл №

Протоколът е валиден до 180 дни, считано от началото на лечението по схемата.

Комисия в състав:

	специалност	УИН на лекар	Имена на лекар, подпис
Председател:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Членове:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Пациентът (родителят/настойникът) се подписва при получаване на протокола

Пациент (родител/настойник)

(подпис)