FORMULAR ZA PRIMENU BIOLOŠKE TERAPIJE KOD PACIJENATA SA

CROHN-OVOM BOLEŠĆU

Ime i Prezime: **{ime prezime}**

JMBG:{jmbg} LBO: {broj} Filijala: {mesto}

Datum važenja zdravstvene knjižice: {datum dd/mm/yyyy}

Ustanova/Referentni Centar: **Klinika za gastroenterohepatologiju UKCS**

Vid terapije: 1. Uvođenje leka u terapiju 2. Terapija održavanja 3. Promena leka 4. Prekid terapije

Lek: 1. Remsima (IFX) 2. Inflectra (IFX) 3. Humira (ADA) 4. Xeljanz (TOFA) 5. Entyvio (VDZ)

Režim doziranja: 1. STANDARDNI 2. OPTIMIZACIJA

Pol: Ž/M

Godine života:

Dg: **Morbus Crohn K50**

TM= TV= BMI=

Lokalizacija:

1. Ileum

2. Ileum + Kolon

3. Kolon

4. Rektum

5. Proksimalni segmenti GI trakta

6. Drugo

**--sve**

Ponašanje bolesti: 1. Inflamatorna forma 2. Penetrantna 3. Stenozantna

**--sve**

Fistula/e: 1. Ne 2. Da

1. Perianalna

2. Enterokutana

3. Enterovaginalna

4. Enteroenteralna

5. Enterovezikalna

6. Drugo

--sve

Apsces/-i: 1. Ne 2. Da

1. Perianalni

2. Interintestinalni

3. Drugo

--sve

Dužina trajanja bolesti:

Ekstraintestinalne manifestacije: 1. Ne 2. Da

Vrsta EIM:

Klinička aktivnost bolesti : 1. Blaga 2. Umerena 3. Izrazito aktivna 4. Remisija

Vrednosti CRP-a:

Fekalni kalprotektin:

Quantiferon gold : 1. Negativan 2. Pozitivan

RTG srca i pluća 1. Nalaz uredan 2. Izmenjen

Test na Clostridium difficile : 1. Negativan 2. Pozitivan

HBs antigen: 1. Negativan 2. Pozitivan

Endoskopija: 1. Prisustvo ulceracija 2. Odsustvo ulceracija (DATUM)

Operacija: 1. Ne 2. Da

Broj operacija: 1. Jedna 2. Dve i/ili više

Razlog operacije 1. Stenoza 2. Penetrantna bolest 3. Drugi

Prisutna: Ileostoma/Kolostoma

--ako da onda moze sve i kod razloga

Dosadašnja terapija :

1. Kortikosteroidi oralno/intravenski

Doza: {koliko}

Početak terapije: {datum dd/mm/yyyy}

Kraj terapije/Još uvek traje

Poboljšanje nakon trećeg dana ordiniranja: 1. Ne 2. Da

Kortikozavisan: 1. Ne 2. Da

Kortikorezistentan: 1. Ne 2. Da

2. AZA

Doza:

Početak terapije:

Kraj terapije/Još uvek traje

Alergija na lek : 1. Ne 2. Da

Rezistentan na imunosupresive : 1. Ne 2. Da

3. MTX

Doza:

Početak terapije:

Kraj terapije/Još uvek traje

Alergija na lek : 1. Ne 2. Da

Rezistentan na imunosupresive : 1. Ne 2. Da

4. VDZ

Doza:

Početak terapije: {datum}

Broj ampula po ciklusu: {broj}

Poslednja doza: {datum}

Sledeću dozu treba da primi:

Kraj terapije/Još uvek traje

{dodatna polja ispod ovog sa istim param.}

Nuspojave na bilo koje dosadašnje lekove: 1. Ne 2. Da

Lek: {upis}

Vrsta manifestacija: {upis}

Ukupno trajanje biološke terapije do sada: **{ poslednja doza – pocetak terapije u mesecima }**

KOMENTAR O POTREBI PRIMENE BIOLOŠKE TERAPIJE

Datum:

Potpis članova komisije UKCS Direktor Klinike za GEH

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_