**Информационная таблица для пациентов с юношеским артритом с системным началом для оформления заявки на обеспечение лекарственными препаратами по программе 14-ти высокозатратных нозологий (код МКБ: M08.2)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФИО |  |  |
| Дата рождения |  |  |
| Возраст |  |  |
| Диагноз |  |  |
| Федеральный центр, в котором наблюдается пациент |  |  |
| Дата последней госпитализации/консультации в Федеральном центре |  |  |
| Масса тела пациента (кг) |  |  |
| Дата начала заболевания | Мес/Год |  |
| Критерии диагноза | Артрит | Да/Нет |
| Фебрильная лихорадка | Да/Нет |
| Сыпь | Да/Нет |
| Гепатомегалия | Да/Нет |
| Спленомегалия | Да/Нет |
| Серозит | Да/Нет |
| Критерии исключения диагноза |  | Да/Нет |
|  | Увеит у ребенка |  |
| Псориаз у ребенка и родственников первой линии родства |  |
| HLAB27 |  |
| Выполнено молекулярно-генетическое исследование с целью выявления мутаций в генах аутовоспалительных заболеваний | Да/Нет | Дата |
|  | Выявлены мутации в генах | Да/Нет |
| CAPS |  |
| TRAPS |  |
| FMF |  |
| NOD2 |  |
| HIDS |  |
| Другие (написать) |  |
| Гемофагоцитарный синдром |  | Да/Нет |
| Наличие системных проявлений (за последние 6 мес) | Фебрильная лихорадка | Да/Нет |
| Субфебрильная лихорадка | Да/Нет |
| Сыпь | Да/Нет |
| Гепатомегалия | Да/Нет |
| Спленомегалия | Да/Нет |
| Серозит | Да/Нет |
| Гемофагоцитарный синдром (за последние 6 мес) |  | Да/Нет |
| Наличие активного суставного синдрома (за последние 6 мес.) | Да/Нет |  |
|  | Полиартрит | Да/Нет |
| Олигоартрит | Да/Нет |
| Моноартрит | Да/Нет |
| Артралгия | Да/Нет |
| Результаты клинического анализа крови (не позднее 1 мес до заполнения таблицы) | Дата анализа |  |
| Гемоглобин, г/л |  |
| Эритроциты, 1012/л |  |
| Лейкоциты, 109/л |  |
| Нейтрофилы, 109/л |  |
| Лимфоциты,109/л |  |
| Тромбоциты, 109/л |  |
| СОЭ, мм/час |  |
| Результаты биохимического анализа крови (не позднее 1 мес до заполнения таблицы.) | Дата анализа |  |
|  | АЛТ, Ед/л |  |
| АСТ, Ед/л |  |
| Креатинин, мкмоль/л |  |
| Мочевина, ммоль/л |  |
| ЛДГ, Ед/л |  |
| Ферритин, мкг/л |  |
| СРБ, мг/л |  |
| Выполнена КТ органов грудной клетки (за последние 6 мес.) | Да/Нет | Дата выполнения |
|  | Заключение |
| Выполнена консультация офтальмолога (за последние 3 месяцев) | Да/Нет | Дата выполнения |
|  | Заключение |
| Сопутствующая терапия | Да/Нет |  |
|  | Преднизолон per os | Да/Нет |
| Метилпреднизолон per os | Да/Нет |
| Метотрексат | Да/Нет |
| Циклоспорин | Да/Нет |
| Лефлуномид | Да/Нет |
| Генно-инженерный биологический препарат | Тоцилизумаб | Да/Нет |
| Канакинумаб | Да/Нет |
| Этанерцепт | Да/Нет |
| Адалимумаб | Да/Нет |
| Тоцилизумаб | Дата назначения |  |
| Доза (мг/кг/введение, мг/введение) |  |
| Кратность введения (в нед.) |  |
| **Путь введения** | **Внутривенный** |
| Расчет потребности в препарате для в/в введения (на введение, мл/флаконы) |  |
| Расчет потребности в препарате для в/в введения (на 1 месяц, мл/флаконы) |  |
| Расчет потребности в препарате для в/в введения (на 1 год, мл) |  |
|  | **Путь введения** | **Подкожный** |
| Расчет потребности в препарате для п/к введения (на введение, мг/шприцы) |  |
| Расчет потребности в препарате для п/к введения (на 1 месяц, мг/шприцы) |  |
| Расчет потребности в препарате для п/к введения (на 1 год, мг/шприцы) |  |
| Канакинумаб | Дата назначения |  |
| Доза |  |
| Кратность введения (в нед.) |  |
| **Путь введения** | **Подкожный** |
| Расчет потребности в препарате (на введение, мг/флаконы) |  |
| Расчет потребности в препарате (на 1 месяц, мг/флаконы) |  |
| Расчет потребности в препарате (на 1 год, мг/флаконы) |  |
| Адалимумаб | Дата назначения |  |
| Доза |  |
| Кратность введения (в нед.) |  |
| **Путь введения** | **Подкожный** |
| Расчет потребности в препарате (на введение) |  |
| Расчет потребности в препарате (на 1 месяц, мг/шприцы) |  |
| Расчет потребности в препарате (на 1 год, мг/шприцы) |  |
| Этанерцепт | Дата назначения |  |
| Доза |  |
| Кратность введения (в нед.) |  |
| **Путь введения** | **Подкожный** |
| Расчет потребности в препарате (на введение, мл) |  |
| Расчет потребности в препарате (на 1 месяц, мл) |  |
| Расчет потребности в препарате (на 1 год, мл) |  |
| Наличие нежелательных явлений (за последние 6 мес) | Да/Нет |  |
| Ускользание эффекта | Да/Нет |
| Местная аллергическая реакция | Да/Нет |
| Системная аллергическая реакция | Да/Нет |
| Диспептические явления | Да/Нет |
| Цитопения: | Да/Нет |
| одноростковая | Да/Нет |
| двухростковая | Да/Нет |
| трехростковая | Да/Нет |
| Повышение ≥ 2 норм: | Да/Нет |
| АЛТ | Да/Нет |
| АСТ | Да/Нет |
| Креатинин | Да/Нет |
| Мочевина | Да/Нет |
|  | Другие | Написать |
| Тяжелые инфекции, потребовавшие госпитализации | Да/Нет |  |
| Пневмония | Да/Нет |
| Сепсис | Да/Нет |
| Инфекция мочевыводящих путей | Да/Нет |
| Панникулит | Да/Нет |
| Гнойные осложнения | Да/Нет |
| Герпес зостер | Да/Нет |
| Другие инфекционные осложнения | Написать |