C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

CERERE
PENTRU APROBAREA TRATAMENTULUI FĂRĂ INTERFERON ÎN HEPATITA CRONICĂ C / CIROZA HEPATICĂ C

Subsemnatul(a) ……...……..

domiciliat(ă) în localitatea …….……..…, str. ……..

nr. …....., bl. …..……. sc. ..…., ap. ……., sector / judeţ …….……....

C.N.P. …….., având ocupaţia de ……..…..……...…….…….

angajat(ă) la …….……..…….

nr. telefon mobil …….…/ fix ……...

diagnosticat(ă) cu .....

vă rog să-mi aprobaţi efectuarea tratamentului cu următoarele medicamente pentru care depun dosarul complet, întocmit de medicul meu curant în conformitate cu protocolul terapeutic în vigoare:

- ☐ VIEKIRAX (OMBITASVIR+PARITAPREVIR+RITONAVIR)
- ☐ EXVIERA (DASABUVIR)
- ☐ RIBAVIRINUM

La depunerea dosarului mi s-au pus la dispoziţie următoarele documente:

- ✓ „Pașii de parcurs pentru accesul la tratament prin C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.”;
- ✓ „Scrisoare către asigurat” – document informativ emis de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate pentru pacienţii interesaţi de tratamentul fără interferon;
- ✓ „Circuit pacient” – document informativ emis de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate pentru pacienţii interesaţi de tratamentul fără interferon;

Data **Semnătura asiguratului**

…….

<u>Se completează de personalul C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.</u>

Dosar preluat de (Nume Prenume):

…….

Data …….....

Semnătura …….