

UNITATEA SANITARA
SECTIA/AMBULATORUL

REFERAT DE JUSTIFICARE PENTRU
INITIERE/CONTINUARE TRATAMENT CU
PENTRU

Subsemnatul(a)dr. va solicit aprobarea
initierii/continuarii tratamentului cu in doza demg pentru
pacientul CNP in evident casei de
asigurari

DIAGNOSTIC COMPLET + STADIU DE BOALA:

TRATAMENTUL A FOST INITIAT IN DATA DE:

AM VERIFICAT SI CERTIFICAT URMATOARELE:

DA NU COMENTARII

1. Are confirmare histopatologica si imunohistochimica
2. Hemoleucograma si si imunofenotipare
3. Hemoleucograma+ ex medular
cu examen citogenetic +/- biologie moleculara
4. Electroforeza de proteine + imunograma + examen medular

DOZA RECOMANDATA/LUNA:

EVOLUTIA BOLII SUB TRATAMENT:

1. Metoda de evaluare (initiala):data
2. Metoda de evaluare :data
3. Metoda de evaluare :data
4. Metoda de evaluare :data
5. Metoda de evaluare :data

BENEFICIU CLINIC/RASPUNS

RC RP BS BP

1. Data.....
2. Data.....
3. Data.....
4. Data.....
5. Data.....

REACTII ADVERSE SEMNIFICATIVE (GR.3,4)

1. Tip: data:
2. Tip: data:
3. Tip: data:

COMORBIDITATI RELEVANTE IN ASOCIEREA CU NOILE MOLECULE:

- 1.
- 2.
- 3.

MEDIC CURANT

MEDIC COORDONATOR

APROBARE COMISIE

Consimtamantul si documentatia in fotocopie se anexeaza

Cu incadrarea costurilor de tratament in sumele bugetare pentru „Programul national de oncologie”