UNITATEA SANITARA .....
SECTIA/AMBULATORUL .....

REFERAT DE JUSTIFICARE
PENTRU INITIERE/CONTINUARE TRATAMENT CU_____ PENTRU NEOPLASM _____

Subsemnatul dr. _____va solicit aprobarea initierii/ continuarii tratamentului cu _____ in doza zilnica de ___mg pentru pacientul

_____
CNP

_____
In evidenta casei de asigurari

_____

DIAGNOSTIC COMPLET:

TRATAMENTUL A FOST INITIAT IN DATA DE: _____

AM VERIFICAT SI CERTIFIC URMATOARELE:	DA	NU
1. Are confirmare histopatologica	☐	☐
• +/-her-2neu(IHC/FISH/CISH)	☐	☐
• +/-wildtype k-ras	☐	☐
2. Este un caz avansat/metastatic	☐	☐

Metoda de evaluare: .....

3. 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: .....

4. Beneficiu clinic/ raspuns tumoral

1. Data:	RC ☐	RP ☐	BS ☐	BP ☐
2. Data:	RC ☐	RP ☐	BS ☐	BP ☐
3. Data:	RC ☐	RP ☐	BS ☐	BP ☐
4. Data:	RC ☐	RP ☐	BS ☐	BP ☐
5. Data:	RC ☐	RP ☐	BS ☐	BP ☐

5. Reactii adverse semnificative (gr. 3, 4) ☐ ☐

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

6. Comorbiditati relevante in asocierea cu noile molecule

1.
2.
3.

7. Insuficienta de organ ☐	Renala ☐	Hepatica ☐	Cardiaca
	Gr.	Gr.	Cls.

Medic curant **Medic coordonator** **Aprobat Comisie**

Consimtamantul si documentatia in fotocopie se anexeaza

Cu incadrarea costurilor de tratament in sumele bugetate pentru « Programul national de oncologie ».