

**UNITATEA SANITARA:** .....

**Sectia :** .....

Catre :

**C.A.S.M.B.**

Comisia de specialitate pentru aprobarea medicamentelor

**Cetrorelixum**

### **Referat de justificare**

Subsemnatul ( a ) Dr. ...., in calitate de **medic specialist ginecologie/ endocrinologie** solicit aprobarea initierii / continuarii tratamentului pentru pacienta : ( nume , prenume ,CNP )

.....  
Aceasta se afla in evidenta noastra cu diagnosticul de **infertilitate** ( absenta conceptiei dupa un an de raporturi sexuale neprotejate ) .

Pentru tipul de tratament initiat : **stimulare ovariana in infertilitate** solicit aprobarea unui numar de ..... fiole de ganirelixum ( maxim 5 fiole / luna , cu posibilitatea compensarii a 3 cicluri lunare ) .

Certific ca pacienta :

- nu prezinta sindromul de hiperstimulare ovariana
- nu prezinta afectiuni care contraindica sarcina
- nu prezinta infectii genitale acute in momentul inceperii tratamentului
- citologie Babes – Papanicolau normal
- culturi sterile din col si sperma partenerului

In vederea aprobarii compensarii tratamentului anexez :

- Bilet de externare / scrisoare medicala ( xerox )
- Rezultat histero-salpingo-grafie
- ecografie prin care se exclude sarcina , patologia tumorală ovariana , uterina
- BI / CI ( xerox )
- Dovada calitatii de asigurat

Data .....

Semnatura si parafa medic curant