

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

**Sectia :**.....

Catre :

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

Comisia de specialitate pentru aprobarea medicamentelor

**Leuprorelinum**

**Referat de justificare**

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

.....  
Aceasta se afla in evidenta noastra cu diagnosticul de **endometrioza** ,  
(criteriu de includere in tratament) certificat prin prezenta rezultatului anatomopatologic, pe care  
il anexez la dosar .

Solicit aprobarea a ..... fiole leuprorelinum de suspensie injectabila i.m.(administrata in  
doza..... mg/zi )

Anexam :

- Bilet de externare / scrisoare medicala ( xerox )
- Rezultat anatomo-patologic care certifica endometrioza(criteriu de eligibilitate)
- BI / CI ( xerox )
- Dovada calitatii de asigurat

Data .....

Semnatura si parafa medic curant