Spitalul .....

SecŞa/Ambulatorul ..... Nr. FOCG/registru consultatiié é é é é é é .dataé é é é é

Nr. contract cu CAS Cluj /an

CŁtre:

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE CLUJ

În atenŞa

Comisiei de aprobare a tratamentului in leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice şi tumori maligne, sindroame mielodisplazice cu medicamente din LISTA C1 - G10

Dr.Laura Urian - coordonator Dr.Adriana Vlad-Medic ţef- C.A.S.Cluj Dr.Ana Oros -secretar C.A.S.Cluj Dr.Daniela Buturca -D.S.P Cluj	Institutul Oncologic ñProf.Dr.Ion ChiricuŞŁò Str.Gh.Bilascu nr. 34-36 Cluj-Napoca	Saptamana 2,3, in ziua de joi, orele 12-13

REFERAT DE JUSTIFICARE

Subsemnatul(a) dr. .....,

în calitate de medic curant, specialist în oncologie medicala, solicit aprobarea iniŞerii/continuarii tratamentului cu:

DCI:é ...

DOZA/SCHEMA DE ADMINISTRARE:.....

pentru pacientul (nume, prenume): .....,

CNP: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

aflat în evidenŞa Casei de AsigurŁri de SŁnŁtate CLUJ (anexez: **copie act de identitate**).

Pacientul se aflŁ în evidenŞa noastrŁ cu diagnosticul.....

.....

.....din anul.....,

având în prezent urmŁtoarea terapie de fond/tratamente anterioare (medicamente, interventii chirurgicale, etc):

.....

.....

Data inceperii tratamentului cu DCI mentionat mai sus:.....

Motive medicale (criterii de includere indeplinite):.....

.....

.....

.....

confirmate prin copii dupa documentele medicale atasate:

hemoleucograma (copie) ☐

Tip chimioterapie (schema, doza, interval) /biletul de externare din spital(copie) ☐

alte investigatii:.....

Profilaxie primara (1) ☐

Profilaxie secundara ☐

Perioada aprobata (maxim 1 luna):

Luna	Ian	Febr	Mar	Apr	Mai	Iun	Iul	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec
Se bifeaza												

Nr. aprobariié é é é é é é .Data .....

Medic curant, **Aprobat comisie,**

Dr.Laura Urian - coordonator

(semnŁturi autorizate de comisia CAS Cluj ві parafa)

é é .....

(semnŁtura ві parafa) IOCN (ķtampila)

ķtampila spital/ambulator

Dr. Ana Oros-CAS Cluj-secretar

Dr. Adriana Vlad- medic sef CAS Cluj

Dr. Daniela Buturca -DSP Cluj

NOTA : medicul curant isi asuma responsabilitatea pentru corectitudinea administrarii schemei de chimioterapie ï schema, doza, interval

- 2 exemplare: 1exemplar ramane la comisie, 1exemplar se preda asiguratului
- aprobare valabila cu conditia prezentei a cel putin 2 semnaturi autorizate de comisia CAS Cluj, o semnatura reprezentant CAS si o semnatura reprezentant DSP