Spitalul .....
SecŞia/Ambulatoriul .....
Nr. FOCG / registru consultatii é é é é é é é .dataé é é é é
Nr. contract cu CAS Cluj / an

CŁtre:

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE CLUJ

Comisia de specialitate PSIHIATRIE pentru **G15 Boli psihice- tulburări cu deficit de atenţie/ hiperreactivitate la adulti,** tratament cu : **ATOMOXETINUM*** **		
Dr.Camelia Deac - coordonator Dr.Dana Casu Dr.Adriana Vlad-Medic ţef C.A.S Cluj Farm. Florian Racolta -secretar C.A.S.Cluj Dr. Daniela Buturca-D.S.P Cluj	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Cluj- Centrul de Sanatate Mintala Str.G-ral Eremia Grigorescu Nr. 60 Cluj-Napoca	Saptamana 1,3, miercuri ora 13-15

REFERAT DE JUSTIFICARE

Subsemnatul(a) dr. .....,
în calitate de medic curant, specialist în é é é é é é é é é é é é é ....., solicit aprobarea iniŞerii tratamentului cu **DCI ATOMOXETINUM*** ** pentru **pacientul** (nume, prenume): .....
.....,

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

aflat în evidenŞa Casei de AsigurŁri de SŁnŁtate é é é é é é ..anexez: **copie act de identitate** .

Criterii de includere in tratament (rezulta din copii documente medicale- bilete de externare din spital/scrisoari medicale din ambulator, parafate de medicii specialisti care au realizat evaluarea si monitorizarea) :

☐ ***Istoric documentat din copilărie şi adolescenţă, continuitate în evoluţia bolii*** (standardul de evaluare este prezenŞa continuŁ a simptomelor specifice pânŁ la vârsta adultŁ, afectarea semnificativŁ a funcŞionŁrii globale ţi rŁspuns la tratamentul specific afecŞunii în antecedente. ReapariŞa simptomelor specifice dupŁ un timp de absenŞŁ impune atenŞie la diagnosticul diferenŞial, probabilitatea pentru altŁ tulburare psihiatricŁ actualŁ fiind mai mare). Pacientul se aflŁ în evidenŞa noastrŁ cu **diagnosticul:** .....
din anul....., sub tratament cu..... din anul....., confirmat prin copii dupa documentele medicale atasate,

☐ Criterii ICD-10 de tulburare hiperkineticŁ cu deficit de atenŞie,

Monitorizare:

☐ **examen neurologic,**
☐ **examen oftalmologic,**
☐ **tensiune arterială, electrocardiogramă**,
☐ **interacţiuni medicamentoase**

Cantitatea/luna si doza recomandate (80-max 100 mg/zi) pentru maxim 6 luni:é é é é é

Durata tratament	Luna	Ian.	Feb.	Mar.	Apr.	Mai	Iun.	Iul.	Aug.	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.

Nr. aprobarii /Data ...../.....(maxim 6 luni).

Medic curant,
(semnŁtura ţi parafa)

Dr. Camelia Deac - coordonator
Dr. Dana Casu
(semnŁturi autorizate de CAS Cluj ţi parafa)

ţtampila spital/ambulator

Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Cluj-
Centrul de Sanatate Mintala (ţtampila)
Farm. Florian Racolta-CAS Cluj-secretar
Dr. Adriana Vlad- medic sef CAS Cluj
Dr. Daniela Buturca-D.S.P Cluj

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