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

CŁtre:

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE CLUJ

În atenŞia

Comisiei de aprobare a tratamentului bolnavului care a suportat intervenţie percutană cu implant de proteză endovasculară (stent) –lista C1, G3

Prof.Dr.Radu Căpâlneanu-coordonator Conf.Dr.Traian Scridon, Conf.Dr.Daniela Bedeleanu Dr.Adriana Vlad - Medic ţef C.A.S.Cluj Dr.Ana Oros ï secretar C.A.S.Cluj Dr. Gabriela Gansca -D.S.P Cluj	**Institutul Inimii de Urgenta pentru Boli cardiovasculare** **“ Niculae Stăncioiu”** **Calea Motilor nr.19-21 Cluj**	Saptamana 1,2,3, in ziua de marti, orele 12-14

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:**CLOPIDOGRELUM**,

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:

Pacientul se aflŁ în evidenŞa noastrŁ cu **diagnosticul:**
.....
.....din anul.....,
a suportat intervenţie percutană cu implant de proteză endovasculară (stent), fapt confirmat prin copii dupa documentele medicale atasate: **biletul de externare din spital/scrisoare medicala din ambulator** (copie)

Pentru stent de tipul : - bare-metal stent ☐ *sau* drug-eluting stent ☐

Data interventiei : .....

În conformitate cu prevederile H.G.R. nr.235/2005, în urma analizei documentelor medicale prezentate emite urm toarea :

APROBARE DE TRATAMENT

Nr. aprobarii……Data .....

Schema de tratament : ***CLOPIDOGRELUM a 75 mg, 1 tb/zi*,**

Perioada de tratament aprobat : 1/2/3/6/9 luni*

Durata tratamentului	**Luna**	Ian	Feb	Mart	Apr	Mai	Iun	Iul	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec
Se bifeaza													

Dup expirarea perioadei de tratament avizate, pacientul se va prezenta la medicul cardiolog curant pentru reevaluare / internare în vederea reanaliz rii cazului ki a emiterii aprob rii de prelungire a tratamentului cu medicamentul *Clopidogrelum.*

∗ ***CLOPIDOGRELUM*** se prescrie în regim de gratuitate pentru o perioad de maximum 9 luni; dup aceast perioad medicamentul se va presecrie în regim de compensare 50 %.

Medic curant,

é é .....

(semnŁtura ki parafa)

Aprobat comisie,

Prof. Dr. Radu Capalneanu – coordonator

Conf. Dr. Traian Scridon

Conf. Dr. Daniela Bedeleanu

(semnŁturi autorizate de CAS Cluj ki parafa)

ķtampila spital/ambulator

Institutul Inimii de Urgenta pentru BoliCardiovasculare "Niculae Stancioiu"(ķtampila)

Dr. Daniela Buturca-CAS Cluj-secretar

Dr. Adriana Vlad- medic sef

Dr. Gabriela Gansca-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