

REFERAT DE JUSTIFICARE
PENTRU INITIERE/CONTINUARE TRATAMENT CU
PENTRU:

Subsemnatul Dr. vă solicit aprobarea initierii/continuării
tratamentului cu in dozămg pentru pacientul
.....C.N.Pin evidenta
casei de asigurari OLT.

DIAGNOSTIC COMPET + STADIU DE BOALA:
.....

TRATAMENTUL A FOST INITIAT IN DATA DE :
.....

AM VERIFICAT SI CERTIFICAT URMATOARELE:

- | | DA | NU | COMENTARII |
|--|--------------------------|----|------------|
| 1. Are confirmare histopatologică si imunohistochimică | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Hemoleucogramă si imunofenotipare | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Hemoleucogramă + ex. medular cu examen citogenetic +/-biologie moleculară | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. Electroforeza de proteine + imunogramă+ examen medular | | | |

DOZA RECOMANDATA/LUNA:

EVOLUTIA BOLII SUB TRATAMENT:

1. Metoda de evaluare(initiala):data
2. Metoda de evaluare:data
3. Metoda de evaluare:.....data
4. Metoda de evaluare:.....data
5. Metoda de evaluare:.....data

BENEFICIU CLINIC/RASPUNS

RC RP BS BP

1. Data:
2. Data:
3. Data.....
4. Data.....
- 5.Data.....

REACTII ADVERSE SEMNIFICATIVE (GR. 3,4)

1. Tip:.....data:.....
1. Tip:.....data:.....
1. Tip:.....data:.....

COMORBIDITATI RELEVANTE IN ASOCIERE CU NOILE MOLECULE:

- 1.
- 2.
- 3.

MEDIC CURANT

MEDIC COORDONATOR

APROBARE COMISIE

Consimtamantul si documentatia in fotocopie se anexeaza
Cu incadrarea costurilor de tratament in sumele bugetare pentru „Programul national de oncologie”

UNITATEA SANITARA
SECTIA/AMBULATORUL

REFERAT DE JUSTIFICARE
PENTRU INITIERE/CONTINUARE TRATAMENT CU _____ PENTRU
NEOPLASM _____

Subsemnatul dr. _____ va solicit aprobarea initierii/ continuarii
tratamentului cu _____ in doza zilnica de _____ mg pentru pacientul

CNP _____ In evidenta casei de
asigurari _____

DIAGNOSTIC COMPLET:

TRATAMENTUL A FOST INITIAT IN DATA DE: _____

AM VERIFICAT SI CERTIFIC URMATOARELE:

	DA	NU
--	----	----

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Are confirmare histopatologica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • +/-her-2neu(IHC/FISH/CISH) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • +/-wildtype k-ras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. Este un caz avansat/metastatic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Metoda de evaluare: | | |

3. Evolutia bolii sub tratament

1. Metoda de evaluare (initiala): data:
2. Metoda de evaluare: data:
3. Metoda de evaluare: data:
4. Metoda de evaluare: data:
5. Metoda de evaluare: data:

4. Beneficiu clinic/ raspuns tumoral

- | | | | | |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Data: | RC <input type="checkbox"/> | RP <input type="checkbox"/> | BS <input type="checkbox"/> | BP <input type="checkbox"/> |
| 2. Data: | RC <input type="checkbox"/> | RP <input type="checkbox"/> | BS <input type="checkbox"/> | BP <input type="checkbox"/> |
| 3. Data: | RC <input type="checkbox"/> | RP <input type="checkbox"/> | BS <input type="checkbox"/> | BP <input type="checkbox"/> |
| 4. Data: | RC <input type="checkbox"/> | RP <input type="checkbox"/> | BS <input type="checkbox"/> | BP <input type="checkbox"/> |
| 5. Data: | RC <input type="checkbox"/> | RP <input type="checkbox"/> | BS <input type="checkbox"/> | BP <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. Reactii adverse semnificative (gr. 3, 4) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. Tip: data: | | |
| 2. Tip: data: | | |
| 3. Tip: data: | | |

6. Comorbiditati relevante in asocierea cu noile molecule

- 1.
- 2.
- 3.

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 7. Insuficienta de organ | Renala <input type="checkbox"/> | Hepatica <input type="checkbox"/> | Cardiaca <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Gr. | Gr. | Cls. |

Medic curant

Medic coordonator

Aprobat Comisie

Consimtamantul si documentatia in fotocopie se anexeaza

Cu incadrarea costurilor de tratament in sumele bugetate pentru « Programul national de oncologie ».

CONSIMȚĂMĂNT PACIENT

Subsemnatul/a

CNP

Domiciliat/ă în str....., nr....., bl....., sc....., et.....,
ap.....sector....., localitatea, județul.....,
telefon.....având diagnosticul.....sunt de acord să
urmez tratamentul cu:.....

Am fost informat/a asupra importanței, efectelor și consecințelor administrării
acestei terapii cu produse biologice.

Mă declar de acord cu instituirea acestui tratament precum și a tuturor examenelor
clinice și de laborator necesare unei conduite terapeutice eficiente.

Mă declar de acord să urmez instrucțiunile medicului curant, să răspund la întrebări
și să semnez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei.

Medicul specialist care a recomandat tratamentul:

.....

Unitatea sanitară unde se desfășoară monitorizarea tratamentului

.....

Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos încercuind răspunsul potrivit:

1. Ați discutat cu medicul curant despre tratamentul pe care îl veți urma ?

DA/NU

2. Ați înțeles care sunt beneficiile și riscurile acestui tratament ?

DA/NU

3. Ați luat la cunoștință despre reacțiile adverse ale acestui tratament ?

DA/NU

4. Sunteți de acord să urmați acest tratament ?

DA/NU

Numele /prenumele pacientului (completați cu majuscule):

.....

Data

Semnătura pacientului

DECLARATIE

Subsemnatul(a) _____, cu domiciliul
in: _____, str. _____
CNP _____ asigurat CAS OLT aflat(a) in tratament la
Spitalul/Clinica/Cabinetul _____ la dr. _____ **sunt de**
acord cu initierea tratamentului cu _____ conform cu
recomandarea medicului curant, dr. _____

Data:

Semnatura:

DECLARATIE

Subsemnatul(a) _____, cu domiciliul
in: _____, str. _____
CNP _____ asigurat CAS OLT aflat(a) in tratament la
Spitalul/Clinica/Cabinetul _____ la dr. _____ **sunt de**
acord cu initierea tratamentului cu _____ conform cu
recomandarea medicului curant, dr. _____

Data:

Semnatura: