

UNITATEA SANITARA .....  
SECTIA/AMBULATORUL .....

**REFERAT DE JUSTIFICARE PENTRU  
INITIERE / CONTINUARE TRATAMENT CU .....  
PENTRU .....**

Subsemnatul (a) dr. .... va solicit aprobarea  
initierii / continuarii tratamentului cu .....  
pentru pacientul ..... CNP .....  
in evidenta casei de asigurari .....

**DIAGNOSTIC COMPLET + STADIU DE BOALA:**

.....  
.....  
Pacientul se afla in prezent in tratament cu:  
.....  
.....

Initiere       Initiere       Continuare       Intretinere       Reinductie   
Linia 1              linia a 2-a

**AM VERIFICAT SI CERTIFICAT URMATOARELE:**

1. Hemoleucograma ± formula leucocitara
2. Examen medular ± examen imunohistochimic ± examen citochimic  
± coloratii speciale
3. Examen histopatologic ± examen imunohistochimic ± coloratii speciale
4. Examen imunofenotipic
5. Examen citogenetic
6. Examen FISH
7. Examen molecular (JAK2V617, alte mutatii)
8. Electroforeza proteinelor serice + imunograma
9. Lanturi usoare serice
10. Probe biochimice (teste hepatice, renale, LDH, altele)
11. Examene imagistice
12. Scrisoare medicala/bilet de iesire din spital

**PERIOADA SOLICITARI:**.....

**DOZA RECOMANDATA:**

- PE ZI (miligrame/ flacoane/comprimate):.....
- PE CURA (miligrame/ flacoane/comprimate):.....
- PE LUNA (miligrame/ flacoane/comprimate):.....
- DOZA TOTALA (miligrame/ flacoane/comprimate):.....

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

**RASPUNS LA TRATAMENT:**

Remisiune completa  Remisiune partiala  Boala stationara  Boala progresiva

**COMENTARIU:** .....  
.....  
.....

**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".