

Denumire furnizor.....  
Medic curant.....  
Număr contract.....  
CAS.....

**Către:**

**Comisia Terapeutică a Casei de asigurări de sănătate SUCEAVA .....**

**REFERAT MEDICAL PENTRU INIȚIEREA / CONTINUAREA TRATAMENTULUI CU**

.....

**I. DATE GENERALE PACIENT**

Nume..... Prenume.....  
CNP..... Adresă.....  
..... Tel./E-mail.....

**II. DATE MEDICALE PENTRU INIȚIEREA TRATAMENTULUI**

1. Diagnostic .....

2. Criterii de includere în tratament conform protocolului terapeutic (enumerare):  
.....  
.....

3. Tratament recomandat .....

Doză.....

Perioada (menționare luni) .....

**III. DATE MEDICALE PENTRU CONTINUAREA TRATAMENTULUI**

1. Diagnostic .....

2. Criterii de monitorizare conform protocolului terapeutic (enumerare) :  
.....  
.....

3. Tratament recomandat .....

Doză.....

Perioada (menționare luni) .....

Data..... Medic curant (semnătura, parafa).....

Ștampila furnizorului.....

**COMISIA:**     **Aprobat / Neaprobat**   

Indicații/Observații:.....  
.....

- Referatul medical se completează de către medicul specialist prescriptor, cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul MS/CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare
- Tratamentul pentru care se solicită aprobarea comisiei va fi prescris ulterior obținerii acesteia.
- Medicul prescriptor își asumă răspunderea pentru respectarea protocoalelor terapeutice și corectitudinea datelor din prezentul referat.