**ANEXA 14**

**la Normele tehnice**

**REFERAT MEDICAL**

Subsemnatul(a), dr. ................................, în calitate de medic curant, specialist în …………….............., recomand iniţierea terapiei cu:

 - sistem de monitorizare continuă a glicemiei

 - pompe de insulină

 - pompe de insulină cu senzor de monitorizare continuă a glicemiei

pentru bolnavul ................................................................................................................................

(nume şi prenume, CNP |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|),

Bolnavul îndeplineşte criteriile de eligibilitate pentru acordarea şi montarea dispozitivelor medicale specifice diabetului zaharat, recomandate, prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate:

Motive medicale (criterii de eligibilitate indeplinite):

........................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................

Diagnostic ………………………………………………Bolnavul se află în evidenţa noastră din anul ..........., având în prezent următoarea terapie de fond:

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Data ......................

Medic curant,

 (semnătura şi parafa)

Datele de contact ale medicului curant

Telefon

Email

Semnătura bolnavului………………………………