

UNITATEA SANITARA
SECTIA/AMBULATORUL

ONCO
MODEL

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

- +/-her-2neu(IHC/FISH/CISH) DA NU
- +/-wildtype k-ras DA NU

2. Este un caz avansat/metastatic

Metoda de evaluare: DA NU

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 RP BS BP
2. Data: RC RP BS BP
3. Data: RC RP BS BP
4. Data: RC RP BS BP
5. Data: RC RP BS BP

5. Reactii adverse semnificative (gr. 3, 4)

- DA NU
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 Hepatica Cardiaca
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 ».

UNITATEA SANITARA
SECTIA/AMBULATORUL

REFERAT DE JUSTIFICARE PENTRU
INITIERE/CONTINUARE TRATAMENT CU
PENTRU

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

DIAGNOSTIC COMPLET + STADIU DE BOALA:

.....
.....

TRATAMENTUL A FOST INITIAT IN DATA DE:

AM VERIFICAT SI CERTIFICAT URMATOARELE: DA NU COMENTARII

1. Are confirmare histopatologica si imunohistochimica
2. Hemoleucograma si si imunofenotipare
3. Hemoleucograma+ ex medular
cu examen citogenetic +/- biologie moleculara
4. Electroforeza de proteine + imunograma + 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:
2. Tip: data:
3. Tip: data:

COMORBIDITATI RELEVANTE IN ASOCIEREA CU NOILE MOLECULE:

- 1.
- 2.
- 3.

MEDIC CURANT MEDIC COORDONATOR APROBARE COMISIE

Consimtamentul 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

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • +/-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

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

<input type="checkbox"/>	Renala <input type="checkbox"/>	Hepatica <input type="checkbox"/>	Cardiaca
	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 ».

UNITATEA SANITARA
SECTIA/AMBULATORUL

REFERAT DE JUSTIFICARE PENTRU
INITIERE/CONTINUARE TRATAMENT CU
PENTRU

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

DIAGNOSTIC COMPLET + STADIU DE BOALA:

.....
.....

TRATAMENTUL A FOST INITIAT IN DATA DE:

AM VERIFICAT SI CERTIFICAT URMATOARELE:

DA NU COMENTARII

1. Are confirmare histopatologica si imunohistochimica
2. Hemoleucograma si si imunofenotipare
3. Hemoleucograma+ ex medular
cu examen citogenetic +/- biologie moleculara
4. Electroforeza de proteine + imunograma + 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:
2. Tip: data:
3. Tip: data:

COMORBIDITATI RELEVANTE IN ASOCIEREA CU NOILE MOLECULE:

- 1.
- 2.
- 3.

MEDIC CURANT

MEDIC COORDONATOR

APROBARE COMISIE

Consimtamentul si documentatia in fotocopie se anexeaza

Cu incadrarea costurilor de tratament in sumele bugetare pentru „Programul national de oncologie”