



Calea Călărașilor Nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București
 Tel: 021/ 30.26.233; 30.26.280 Fax: 021/302.62.48
 e-mail: medicsef@casan.ro

SERVICIUL MEDICAL

SM 1098/29.08.2008

Hr. inv. 35870 / 2.09.2008
 cy#5

Către,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Domnului/Doamnei Președinte - Director General

Spre știință,

Medicului Șef – Director Executiv Adjunct

Având în vedere:

- Hotărârea Guvernului nr. 720/208 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate
- Ordinul comun MSP/CNAS nr. 1301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008

În cadrul sublistei B (DCI-uri corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu în regim de compensare 50% din prețul de referință) medicamentele aferente Denumirilor Comune Internaționale Follitropinum alfa, Follitropinum beta și Lutropinum alfa, se prescriu pe baza protocoalelor terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății Publice și cu aprobarea comisiei de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

În acest context, cu privire la conținutul dosarelor pacienților ce solicită această terapie vă facem următoarele precizări:

- Dosarul va conține următoarele documente:
 1. Fișa de inițiere a tratamentului infertilității anovulatorii (completată integral, semnată, parafată, datată);
 2. Buletinele de analiză care susțin datele completate în Fișa de inițiere a tratamentului infertilității anovulatorii, cu numele și prenumele pacientului, semnate, parafate și datate;
 3. **Adeverință medicală de la medicul de familie** cu bolile cronice cu care se află în evidența acestuia pacienta și tratamentele de lungă durată pe care le

face pentru acestea. În cazul în care pacienta se află în evidență cu boli cronice și face tratament cu substanțe din categoria C, D sau X, ea va prezenta și o **adeverință prin care medicul specialist** care îi tratează afecțiunea de bază, precizează în ce măsură ea poate sau nu poate fi supusă riscurilor ce decurg din stimularea ovariană și în ce măsură o eventuală sarcină influențează prognosticul bolii de bază. Adeverințele medicale să fie semnate, parafate și datate;

4. Formularul pentru consimțământul scris al pacientului, integral completat, datat și semnat de pacient (anexat în copie prezentului document);
 5. Copie după buletinul de identitate/cartea de identitate a pacientului;
 6. Documente care demonstrează calitatea de asigurat a pacientului.
- Pe fiecare filă a dosarelor de inițiere precum și pe orice document de completare transmis la CNAS se va pune ștampila CAS.
 - Fișa de inițiere a tratamentului infertilității anovulatorii se va completa prin bifarea rubricilor corespunzătoare buletinelor de analiză ce o însoțesc. Histerosalpingografia va fi însoțită de o dovadă imagistică și/sau laparoscopia (la care se anexează o copie a protocolului operator) care să indice prezența uterului și cel puțin a unei trompe permeabile. În ceea ce privește progesteronul, acesta va fi dozat în ziua 21, cel puțin pentru un ciclu anterior. Referitor la imunologia pentru rubeolă, dacă aceasta este negativă pacienta se va vaccina și va aduce o dovadă în acest sens. Vaccinarea se va face cu trei luni înaintea începerii stimulării ovariene.
 - Nu se acceptă dosare transmise pe fax, în caz contrar dosarul nu va fi luat în considerare.
 - Dosarele incomplete sau incorect întocmite vor fi returnate caselor de asigurări de sănătate. Întreaga responsabilitate pentru întârzierea soluționării dosarului revine în exclusivitate personalului care a întocmit dosarul și caselor de asigurări de sănătate respective.

De asemenea, avem rugămintea să aduceți la cunoștință medicilor prescriptori cele prezentate mai sus în vederea întocmirii unor dosare complete și corecte.

Cu stimă,

**MEDIC ȘEF
DIRECTOR GENERAL ADJUNCT**

Dr. Anci IONESCU



CONSIMȚĂMÂNT SCRIS AL PACIENTULUI

Subsemnata.....,

CNP:

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

FOLLITROPINUM ALFA 150 UI/zi

FOLLITROPINUM BETA 50 UI/zi

LUTROPINA ALFA 75 UI/zi

și cu o durată de maxim 3 luni.

Am fost informată asupra conținutului, importanței și consecințelor administrării acestei terapii.

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, să răspund la întrebări și să semnez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei.

Mă oblig să anunț medicul curant în cazul în care trebuie să iau alte medicamente decât cele prescrise de acesta.

Mă oblig să anunț medicul curant și casa de asigurări de sănătate a cărei asigurată sunt de obținerea unei sarcini în urma tratamentului, sarcină finalizată cu un avort/naștere și să dau toate detaliile cu privire la acest eveniment.

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. Sunteți de acord să urmați acest tratament?

DA / NU

4. Ați înțeles că una din reacțiile adverse ale acestui tratament este sindromul de hiperstimulare ovariană care poate avea consecințe foarte grave asupra sănătății dumneavoastră, putând conduce chiar la deces?

DA / NU

Data

Semnătura pacientului

FIȘĂ DE INIȚIERE A TRATAMENTULUI INFERTILITĂȚII ANOVULATORII

PACIENT:

Nume: Prenume:

CNP:

DIAGNOSTIC:

TRATAMENT CU: FOLLITROPINUM ALFA 150 UI/zi, 3 luni

FOLLITROPINUM BETA 50 UI/zi, 3 luni

LUTROPINA ALFA 75 UI/zi, 3luni

Anexăm următoarele buletine de analiză:

- dovada de la medicul specialist obstetrică - ginecologie care indică tratamentul de stimulare, că pacienta a efectuat cel puțin trei cicluri consecutiv de stimulare ovariană cu clomifen citrat și nu a avut răspuns ovulator (schema terapeutică folosită).
- dozări hormonale în ziua a 7a: FSH, LH, Prolactina, TSH, Estradiol
- dozări hormonale în ziua 21: Progesteron
- ecografie genitală cu sondă transvaginală cu specificarea zilei ciclului menstrual în care a fost efectuată în care să se specifice prezența sau absența foliculilor dominanți și grosimea endometrului
- ecografie genitală cu sondă transvaginală (cu dovadă imagistică) la mijlocul ciclului menstrual care evidențiază lipsa foliculului dominant cu un diametru de cel puțin 17 mm
- histerosalpingografie cu dovadă imagistică
- laparoscopie cu protocol operator
- culturi din col negative pentru: Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis
- frotiu Babeș - Papanicolau
- colposcopie
- imunologie pentru rubeolă.
- dovada vaccinării antirubeolice
- investigare imunologică pentru: Toxoplasma gondii, Listeria monocytogenes, Citomegalovirus
- spermograma
- spermocultura

Medic curant

Unitatea Sanitara.....

Data.....