

MODEL

VOUCHER INVESTIGATII PARACLINICE

SERIA BH / NR.

Către/Nume laborator:

Medic specialist: <input type="text"/>		
Specialitate: <input type="text"/>	Instituție/Spital: <input type="text"/>	
Adresa e-mail/nr. fax unde se vor trimite rezultatele analizelor: <input type="text"/>	Localitate: <input type="text"/>	
Nume și prenume pacient: <input type="text"/>	CNP: <input type="text"/>	Sex: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Diagnostic: <input type="text"/>		

Examenul solicitat:

A se bifa	Denumire analiză
<input type="checkbox"/>	ARN-VHC
<input type="checkbox"/>	Fibromax

Semnătura și parafa medicului: _____

[Nota de informare - pentru pacienți]

Programul se adresează tuturor pacienților cu hepatita cronică virală C considerați de către medicul curant eligibili pentru inițierea terapiei fără interferon conform protocolului terapeutic în vigoare și pentru care medicul prescriptor recomandă analizele de mai sus.

Programul este susținut de AbbVie și constă în susținerea gratuită a analizelor de mai sus pentru fiecare pacient care a primit această recomandare.

Declar că am luat cunoștința că acest program este un serviciu gratuit, care nu implică nicio contribuție bănească din partea mea în calitate de pacient.

NUME ȘI SEMNĂTURĂ PACIENT:

DATA: