

ANEXA 7

(Anexa nr. 11 la nomele tehnice)

Spitalul.....

Secția/Ambulatoriul.....

Către:

.....

În atenția

Comisiei regionale pentru Programul național de diabet zaharat

REFERAT DE JUSTIFICARE

Subsemnatul (a) dr....., în calitate de medic curant, specialist în....., solicit aprobarea inițierii terapiei cu infuzie subcutanată (pompă) de insulină / sistem de monitorizare continuă a glicemiei, pentru pacientul

.....

(nume și prenume, CNP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aflat în evidența Casei de Asigurări de Sănătate.....

Pacientul îndeplinește criteriile obligatorii pentru includere și se află în evidența noastră cu diagnosticuldin anul....., având în vedere în prezent următoarea terapie de fond:

.....

.....

.....

.....

Motive medicale:

.....

.....

.....

.....

Data.....

Medic curant, (semnătura și parafa)