

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)    
• +/-wildtype k-ras

**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  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)**    
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 de .....mg 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)
- +/-wildtype k-ras

**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  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)**

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 de .....mg 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”