

– Anexa nr. 1 – Voucher – **MODEL**

**BILET DE TRIMITERE**

SERIA [•] / NR. [•]

Către/Nume laborator: \_\_\_\_\_

Medic: \_\_\_\_\_

Specialitate: \_\_\_\_\_

Instituție/Spital: \_\_\_\_\_

Localitate: \_\_\_\_\_

Adresa e-mail/nr. fax unde se vor trimite rezultatele analizelor \_\_\_\_\_

**Nume și prenume pacient:** \_\_\_\_\_ **Data nașterii:** \_\_\_\_\_

Sex: M  F

CNP \_\_\_\_\_

Examenul solicitat:

<b>A se bifa</b>	<b>Denumire analiza</b>
<input type="checkbox"/>	ARN-VHC la inițierea tratamentului
<input type="checkbox"/>	ARN-VHC în săptămâna 12 de tratament
<input type="checkbox"/>	ARN-VHC la 12 săptămâni de la finalizarea tratamentului
<input type="checkbox"/>	Fibromax

Observații: \_\_\_\_\_

Semnătura și parafa medicului: \_\_\_\_\_

**[Notă de informare – pentru pacienți]**

*Programul se adresează tuturor pacienților aflați în tratament cu \_\_\_\_\_ pentru care medicul prescriptor recomandă analizele de mai sus pentru monitorizarea bolii.*

*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 cunoștință 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:**

\_\_\_\_\_