

REFERAT DE JUSTIFICARE

Subsemnatul(a) Dr. in calitate de medic curant, specialist în
solicit aprobarea initierii/ continuarii/ SW(swich) tratamentului pentru pacientul
(a)..... (nume si prenume, CNP), domiciliat in
localitatea.....judet/ sector.....,aflat in evidenta CAS.....

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

Pacientul se află în evidența noastră cu diagnosticulde la data.....

Tratament recomandat cu (DCI)

in doza de..... /zi, pentru o perioada de..... luni * **in asociere** NU DA (se vor specifica
medicamentele cu care se va face asocierea tratamentului pt care se solicita aprobarea)
.....

Motivele care sustin recomandarea:

A. pentru initierea terapiei

1. Tratament anterior cu:

➤ Metforminum in monoterapie, din data de (LL/AAAA).....in doza de.....

Contraindicatii la metforminum DA NU Intoleranta la metforminum DA NU Ineficienta ca
monoterapie DA NU

➤ Sulfoniluree in monoterapie, din data de (LL/AAAA).....in doza de

Contraindicatii la sulfoniluree DA NU Intoleranta la sulfoniluree DA NU Ineficienta ca
monoterapie DA NU Ineficienta in asociere cu Metforminum DA NU

2. Glicemie bazala

3. HbA1c..... (se ataseaza dovada, nu mai veche de 6 luni)

4. IMC (indicele de masa corporala).....

5. CA (circumferinta abdominala).....

B. pentru continuarea terapiei/SW

1. Glicemie bazala

2. HbA1c..... (se ataseaza dovada, nu mai veche de 6 luni)

3. Evolutia sub tratamentul anterior/mentiuni.....

MEDIC CURANT:

(Semnatura, Parafa)

Data.....

*maxim 12 LUNI

AVIZ nr...../din...../...../.....

Comisia, pe baza celor prezentate, a avizat favorabil/ nefavorabil solicitarea de prescriere a medicamentului
.....pentru perioada.....

Mentiuni:.....

.....

APROBAT COMISIE CASMTCT
(Semnatura si stampila)