Anexa 1

Unitatea sanitara……

Catre:
Comisia de endocrinologie a CASMTCT

REFERAT DE JUSTIFICARE

Subsemnatul (a) Dr……...
In calitate de medic curant, specialist in……..solicit aprobarea
☐initierii ☐ continuarii tratamentului pentru pacientul (a)……

CNP

domiciliat in loc……...jud……
Pacientul se afla in evidenta noastra de la data…… cu diagnosticul**…….

si a urmat tratament specific diagnosticului cu …… in perioada ……

Varsta cronologica initiala(**ani**) …….(la data*……..) actuala ……. (la data*…….)

Inaltimea initiala(**cm**)……..SD…… Greutate initiala(**Kg**)……..(la data* ……)

Inaltime actuala **(cm)**…….....SD……Greutate actuala(**Kg**)……..(la data*……)

Varsta osoasa initiala(**ani**)…… (la data*…….) actuala(numai la 12 luni)……(la data*…….)

IGF I initiala…… (la data*…….) actuala……(la data* …….)/ val standard***……

Teste secretie GH ……(**doar la initere**)

TSH …… FT 4…… (**doar la initiere**)

Patologie asociata cu deficitul de crestere ☐ da ☐ nu specificati…….

Tratament recomandat cu (DCI) …… ……

in doza de……/zi pentru o perioada de…….. luni ****
Alte mentiuni : ……
……
……

MEDIC:
(Semnatura, Parafa) Data……

* se scrie sub forma LL/AA
* *diagnostice mentionate in ghidul pt tratamentul cu DCI Somatropinum
*** valoarea normala raportata la varsta cronologica
**** maxim 12 luni