

DENUMIRE UNITATE MEDICALĂ EMITENTĂ: _____

Nr. înregistrare unitate medicală: _____ / _____

Numele și prenumele medicului oncolog: _____

INDICAȚIE MEDICALĂ

Prin prezenta vă aducem la cunoștință că:

Pacientul/a _____, identificat/ă cu CNP _____ are indicație medicală privind efectuarea testării genetice: _____ (se va menționa denumirea testării genetice, care poate fi efectuată prin unitățile sanitare afiliate proiectului).

Îmi asum prin prezenta Indicație medicală că pacientul/a, mai sus menționat/ă, îndeplinește din punct de vedere medical, toate criteriile de eligibilitate prevăzute în Regulamentul privind implementarea proiectului **„Testare genetică la cancerul de sân în formă incipientă”**, și anume:

”pacienți diagnosticați cu cancer mamar în stadii incipiente, receptori estrogeni pozitivi și receptori Her2 negativi”

Testarea genetică recomandată, îndeplinește caracteristicile prevăzute la Art. 5.3 ”Criterii medicale” din Regulamentul privind implementarea proiectului „Testare genetică la cancerul de sân în formă incipientă”, aprobat prin HCGMB nr. 179/04.06.2025, și anume:

”5.3 Criterii medicale:

Pacienți (femei sau bărbați), cu vârsta peste 18 ani, diagnosticați cu:

- Cancer mamar invaziv;
- Intervenție chirurgicală finalizată (conservatoare/radicală), cu stadializare axilară chirurgicală (prin disecția ganglionului santinelă / disecție axilară), sau clinică – dacă nu este necesară chirurgia;
- Tumoră (unică sau multiplă) cu dimensiunea între 1 și până în 5 cm (pT1c, pT2);
- 0-3 ganglioni limfatici axilari afectați tumoral (pN0, pN1 sau cN0 – dacă stadializarea chirurgicală a axilei nu este necesară);
- Receptori estrogeni pozitivi (>10%);
- Receptori Her2 negativi (IHC: 0, 1+, 2+ cu ISH negativ);
- Maximum 60 zile calendaristice de la momentul intervenției chirurgicale definitive;

Criterii de excludere (oricare):

- Tumori < 1 cm (pT1a, pT1b) cu G1-G2 sau peste 5 cm (pT3) ori cT4;
- > 3 ganglioni limfatici axilari afectați tumoral (c/pN2, c/pN3).

Semnătura Medic oncolog: _____

Parafa: _____

Data*: _____

**Indicația medicală va fi eliberată cu cel mult 15 zile calendaristice înainte de aplicarea în proiect.*

NOTĂ: Testul genetic va fi efectuat doar dacă va fi însoțit de rezultatul histopatologic eliberat anterior.