

Anexa 2 la Regulamentul privind implementarea proiectului "Testarea genetică la cancerul de sân în formă incipientă"

Nr. înregistrare unitate sanitară emitentă: _____ / _____

INDICAȚIE MEDICALĂ

Prin prezenta vă aducem la cunoștință că:

Pacientul/a _____, identificat/ă cu CNP _____ are indicație medicală privind efectuarea de testare genetică: _____.

Pacientul/a, mai sus menționat/ă, îndeplinește din punct de vedere medical, toate criteriile de eligibilitate prevăzute în Regulamentul privind implementarea proiectului „*Testarea genetică la cancerul de sân în formă incipientă.*”

Testarea genetică recomandată, îndeplinește caracteristicile prevăzute la Art. 5.3 ”Criterii medicale” din Regulamentul privind implementarea proiectului „*Testarea genetică la cancerul de sân în formă incipientă*”, aprobat prin HCGMB nr. 676/25.11.2022.

Medic specialist oncolog (Nume și Prenume) _____

Semnătura: _____

Parafa:

Ștampila unității emitente:

Data: _____