

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: _____.

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 „Testarea genetică la cancerul de sân în formă incipientă”, și anume:

”pacienți diagnosticați cu cancer mamar în stadii incipiente, cu tumori până în 5 cm (T1-T2), ganglioni axilari negativi sau pozitivi, receptori hormonalni pozitivi sau negativi”

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, și anume:

”5.3 Criterii medicale – de la medic oncolog

- ***Pacienți (femei sau bărbați), peste 18 ani, operați radical/conservator, cu explorarea ganglionilor axilari (disecție axilară completă sau disecția ganglionului santinelă);***
- ***diagnostic de carcinom mamar invaziv;***
- ***T1c (> 1 cm), T2 (2-5 cm);***
- ***N0 sau N1 (1-3 ganglioni pozitivi);***
- ***marginii de rezecție negative;***
- ***receptori estrogenici (ER) pozitivi;***
- ***receptori Her2 negativi.***
- ***Pacienți nou diagnosticați (în maxim 60 de zile)***

Criterii de excludere (oricare):

- ***tumori Luminal A – T1a/b N0 G1;***
- ***Stadiul IIIB, IIIC, IV de boală.”***

Medic specialist oncolog (Nume și Prenume) _____

Semnătura: _____

Parafa: _____

Data: _____