

ANEXA Nr. 7

Spitalul:

Secția /Ambulatoriul:

Către: Coordonatorului regional pentru Programul național de diabet zaharat

În atenția Comisiei regionale pentru Programul național de diabet zaharat

### REFERAT DE JUSTIFICARE

Subsemnatul(a) dr. ...., în calitate de medic curant, specialist în Diabet, nutriție și Boli Metabolice, solicit aprobarea inițierii terapiei cu infuzie subcutanată (pompă) de insulină / sistem de monitorizare continuă a glicemiei, pentru pacientul ..... (nume și prenume, CNP [|||||],),

aflat în evidența Casei de Asigurări de Sănătate .....

Pacientul îndeplinește criteriile obligatorii pentru includere și se află în evidența noastră cu diagnosticul diabet zaharat tip 1 din anul ....., având în prezent următoarea terapie de fond:  
.....  
.....

Motive medicale:

.....  
.....

Data .....

Medic curant,

.....

(semnătura și parafa)