Anexa 2 la Regulamentul privind implementarea proiectului „Testare Babeș Papanicolau în mediu lichid”

DENUMIRE UNITATE MEDICALĂ EMITENTĂ:_____
Nr. înregistrare unitate medicală:_____/_____
Medic specialist ginecolog/ oncolog sau medic de familie (Nume și prenume):
_____

INDICAȚIE MEDICALĂ

Prin prezenta vă aducem la cunoștință că:

Pacienta _____, identificată cu CNP _____ are indicație medicală privind efectuarea testării Babeș Papanicolau în mediu lichid.

Pacienta mai sus menționată, îndeplinește, din punct de vedere medical, toate criteriile de eligibilitate, precum și condițiile prevăzute la Art. 4 și Art. 5 din Regulamentul privind implementarea proiectului „Testare Babeș Papanicolau în mediu lichid”, aprobat prin HCGMB nr. 182/04.06.2025, respectiv:

- **Paciente, cu vârsta peste 26 de ani, cu domiciliul stabil sau viză de reşedinţă în Municipiul București, obținută cu cel puţin 6 luni înainte de data aplicării în proiectul „Testare Babeș Papanicolau în mediu lichid**”.

_____

(Semnătura medic specialist ginecolog/ oncolog sau medic de familie)

PARAFA:

Data*: _____/_____/_____

**Indicația medicală va fi eliberată cu cel mult 30 zile calendaristice înainte de data aplicării în proiect.*