

**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 reședință în Municipiul București, obținută cu cel puțin 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.*