Nume:	Parhon . Mihaela Daniela	**Trimis de:**	BENTIA DAN RAZVAN
Varsta:	26 ani, 3 luni	**Executat de:**	CORA ELENA . ALDESCU
Varsta cons:	26 ani, 2 luni	**Asistent:**	
Cod pacient:	303044122	**Data examinare:**	15.12.2025 15:50
Consultatie:	17636546	**Data eliberare rezultat:**	22.12.2025 10:23

CNP:

Firma:

sacul dural.
In rest, discuri intervertebrale cervico-toracale cu inaltime, semnal si pozitie normale.
Determinare secundara ce ocupa aproape in intregime corpul vertebral T6, extinsa in pediculul lateral stang, minim deformanta lateral stanga, fara deformarea peretelui posterior, fara ingustarea canalului vertebral sau a foramenelor de conjugare stangi.
In rest, corpuri vertebrale cervico-toracale cu semnal, morfologie si aliniament normale.
Cordon medular si con medular cu morfologie, semnal si pozitie normale.

Concluzie: Determinare secundara vertebrala T6, minim deformanta, necompresiva.

N.B.: Leziune arc costal lateral drept III, in hipersemnal STIR, suspecta in context oncologic.

Cora Aldescu
Medic primar radiolog

Recomandare internare:
Fara recomandare internare

- camera de chimioterapie cu cateter inserat via vena subclavie stanga cu varful la jonctiunea VCS/AD;

- ficat, colecist, pancreas, splina, suprarenale, rinichi si vezica urinara de aspect normal CT;
- uter in AVF, ovare in limite normale;
- fara ascita;
- fara adenopatii abdomino-pelviene;
- arie discret mai hipodensa la nivelul corpului vertebral (platou vertebral superior spre stanga) D6, insa nou-aparuta, fara intreruperea corticalei; leziune similara litica tuberozitate ischiadica dreapta de 19 mm.
-suspiciune vertebra de tranzitie cu sacralizare L5.
Concluzie: Infiltrate pulmonare in "sticla mata" la nivelul LSS si LIS - posibile modificari post-terapeutice? de corelat clinico-biologic si urmarire imagistica la interval scurt.
Leziuni osoase litice, insa fara intrerupere de corticala osoasa la nivel de corp vertebral D6 si tuberozitate ischiadica dreapta nou-aparute, suspecte in prima ipoteza.

Scintigrafie osoasa (18.08.2025): Examinarea scintigrafica osoasa "whole-body" a eviden?iat:
leziunile hipodense descrise la examinarea CT recenta la nivelul corpului vertebral T6 de partea stanga precum si cea de la nivelul tuberozitatii ischiatice de partea dreapta nu au expresie scintigrafica în prezent - de monitorizat imagistic;
fixare usor heterogena a radiotrasorului la nivelul coloanei vertebrale cervico-toraco-lombare, moderat crescuta interapofizar vertebral lateral *stanga C3 si dreapta C4 (imagine sugestiva pentru leziune benigna-osteoblastom)si posterior C6-C7, T3-T4, costovertebral T5-T8-modificari inflamator-degenerative;*
fixare moderata a radiotrasorului la nivelul componentelor osoase ale articula?iilor: scapulo-humerale bilateral, sterno-claviculare bilateral- cu substrat inflamator;
-captare în limite normale a radiotrasorului în restul sistemului osteo-articular.
CONCLUZI:
Examen scintigrafic fara modificari de captare a radiotrasorului sugestive pentru determinari secundare la nivelul scheletului.
Se recomanda reevaluare imagistica scintigrafica osoasa peste 6 luni.

COMPUTER TOMOGRAF SOMATOM (data: 30.10.25 10:26, medic - ANDRIES ALEXANDRA IOANA)
Comparativ cu examinarea din 30.07.2025:
- mastectomie stanga;
- remisia completa a modificarilor in sticla mata de la nivel LSS
- fara determinari secundare pulmonare;
- fara colectii pleurale sau pericardice;
- fara adenopatii axilare, supra- sau infraclaviculare, mamare interne si mediastinale;
- densificarea lojei timice, probabil in context post-terapeutic
- camera de chimioterapie cu cateter inserat via vena subclavie stanga cu varful la jonctiunea VCS/AD;

- ficat, colecist, pancreas, splina, suprarenale, rinichi si vezica urinara de aspect normalCT;
- uter in AVF, ovare in limite normale;
- fara ascita;
- fara adenopatii abdomino-pelviene;
- aria discret mai hipodensa la nivelul corpului vertebral (platou vertebral superior spre stanga) D6 in evolutie dimensionala, in prezent de 26 mm fata de 10 mm anterior, cu fractura tasare nou aparuta (reducerea de pana la 20% in inaltime, fara recul posterior);
- leziune similara litica in tuberozitate ischiadica dreapta de 29 mm , fata de 19mm anterior - evolutiva.
- vertebra de tranzitie cu sacralizare L5.
Determinari secundare osoase in crestere dimensionala. Fractura tasare la nivel D6, nou aparuta, fara recul posterior.
Fara alte modificari raportat la examinarea din 07.2025.

06.11.2025 Pacienta se prezinta la consult cu rezultatul imagistic. Se intocmeste formular PET-CT datorita suspiciunilor de determinari secundare osoase in crestere dimensionala, fractura tasare la nivel D6, nou aparuta, fara recul posterior. Pe examinarea scintigrafica din 18.08.2025 nu se evidentiau leziuni de natura secundara.

Recomandari:
-Va efectua PET-CT si va revini cu rezultatul pentru stabilirea conduitei ulterioare, cu programare in prealabil.
-Consult neurochirurgie.

Alte informatii referitoare la starea de sanatate a asiguratului:

Tratament recomandat

Denumire Furnizor **Institutul Oncologic "Prof. Dr. Ion Chiricuta" Clui-Napoca**
Medic **SUR DANIEL GENEL**
Contract/conventie nr. 75
CAS

SCRISOARE MEDICALA *)

Stimate(a) coleg(a), va informam ca **PARHON MIHAELA-DANIELA** , nascut la data de **17.09.1999**, CNP / cod unic de asigurare a fost consultat in serviciul nostru la data de **06.11.2025**, nr. **609** F.O. / nr. din Registrul de consultatii **CAB DR. SUR**

Motivele prezentarii

Pacient diagnosticat cu afectiune oncologica: DA

Diagnosticul si codul de diagnostic

Angiosarcom mamar stang operat conservator , reoperat radical fara relicvat post-chirurgical, radiotratat extern adjuvant, chimiotratat adjuvant cu Doxorubicina/Ifosfamida.In curs de follow-up.

123 Tumora maligna tesutului

Anamneza

- factori de risc

Examen clinic
- general

- local

Examene de laborator:
- cu valori normale

- cu valori patologice

Examene paraclinice:
EKG

ECO

Rx

Altele

Tratament efectuat

Pacienta in varsta de 26 de ani aflata in evidenta IOCN cu diagnosticul de Angiosarcom mamar stang operat conservator ,reoperat radical fara relicvat post-chirurgical, radiotratat extern adjuvant, chimiotratat adjuvant cu Doxorubicina/Ifosfamida, in curs de follow-up, se prezinta la consult.

11.2024: Testare genetica - panel extins 125 gene -negativa
03.06.2024: Ecografie mamara bilaterala: San drept : san dens ,predominant glandular, cu ecostructura omogena, fara procese ocupatoare de spatiu.
Axila dreapta : adenopatie nespecifica, bine delimitata, cu evidentierea hilului grasos hiperecogen, fara semnal Doppler, de 0.90/0.40 cm .
San stang : san dens ,predominant glandular , cu ecostructura omogena, cu cresterea ecogenitatii tesuturilor in CIE (proces inflamator-mastita ?) . Formatiuni chistice bine delimitate, fara semnal Doppler in CIE (ora 8 si 9) cu diametre variabile , maxim 1.30 cm.
Axila stanga: 2 adenopatii nespecifice, bine delimitate, cu evidentierea hilului grasos hiperecogen, fara semnal Doppler, de 0.75/0.74 cm si 1.08/0.44 cm.
19.08.2024: IRM mamar: Pe secventele axiale T1, T2 TSE si T2 Dixon, secventele DWI si ADC, 3D dinamice postcontrast, cele de substractie si postprocesare, se constata:
Structura mamara heterogen-glandulara (ACR tip c) cu incarcare glandulara de fond minima.
San drept: supero-extern, la 7cm de mamelon, superficial, nodul ovalar de 9.7x5mm, cu priza de contrast cu dinamica platou, posibil fibroadenom.
San stang:
* cadrane interne si central ocupate de o formatiune parenchimatoasa larga, de 100 x 65 mm, aparent conturata fin, in hipersemnal T2, intens inomogena, cu arii chistice si cu cateva zone cu semnal grasos intern.
* Exista multilobularitati ale leziunii, cu bombare la tegument, iar profund discret edem periferic.
* La secventele dinamice post-contrast exista incarcare ampla rapida, inomogena, dinamica pe anumite zone progresiva, dar si cu arii in wash-out.
* Prezinta cateva nodularitati inividualizate pe periferie de pana la 13mm.
* Exista restrictie de difuzie, in mare cu valori ADC peste 1.5, insa sunt prezente arii cu restrictie patologica, sub 1, 1x10-3mm2/sec.
Diagnostic posibil: tumora phylloda, hamartom atipic modificat, sau alta etiologie proliferativa.
Caractere cu grad de suspiciune: contrastul intens, dinamica acestuia si inclusiv edemul perilezional profund, indicand mai degraba alta etiologie proliferativa, posibil tumora filoda, si se impune biopsierea formatiunii.
Axilar fara adenopatii suspecte.
Concluzie: Formatiune tumorala larga central si cadrane interne san stang, care nu indeplineste toate caracterele de benignitate, posibil tu. filoda sau alte etiologie.
BIRADS 4b

03.10.2024: CT TAP cu s.c : Concluzie: Fara leziuni suspecte pulmonare, parenchimatoase abdominale sau osoase.
Fara adenopatii supra- sau infradiafragmatice.
Formatiune heterogena voluminoasa san stang.
13.09.2024: PBM stg. : Proliferare vasculara atipica al carei aspect morfologic, corelat cu: profilul IHC, indicele de proliferare celulara ridicat, dimensiunea mare a tumorii (10/6,5cm) si cresterea rapida a acesteia, ridica o suspiciune inalta de angiosarcom.
04.10.2024 : Excizie formatiune tumorala mamara stanga cu rez. hp . : Aspectul morfologic, corelat cu profilul IHC corespunde unui angiosarcom de grad inalt cu localizare mamara stanga, excizat in totalitate

21.01.2025: Mastectomie simpla stanga cu rezultat HP:
MACRO: Piesa de mastectomie simpla de 18/16/6cm cu un lambou cutanat de 17/9cm, orientata conform marcajelor cu fir. Pe suprafata tegumentului se identifica o cicatrice post-operatorie de 9cm lungime subiacent careia este prezenta o arie albicioasa de 4/3cm. Aria albicioasa prezinta un placard mastozic dens, de 11/10cm si o arie de necroza adipoasa in jur. Macroscopic, aria albicioasa descrisa anterior trece la o distanta de 2cm fata de marginea de rezectie profunda si la 5,5cm fata de marginea de rezectie corespunzatoare orei 9.

MICRO: Pe sectiunile examinate de la nivelul parenchimului mamar adiacent zonei cicatriciale se identifica imagini de fibroza cicatriciala, reactie granulomatoasa giganto-celulara, reactie inflamatorie moderata, macrofage incarcate cu hemosiderina, vase de neoformatie, edem focal, imagini de necroza adipoasa si lipogranuloame (ca urmare a interventiei chirurgicale anterioare).
Mamelonul este liber de malignitate pe sectiunile examinate.
Nu sunt prezente imagini de invazie tumorala perineurala sau angio-limfatica pe sectiunile examnate.
La nivelul parenchimului mamar adiacent sunt prezente ducte ectaziate, imagini de hiperplazie epiteliala intraductala de tip obisnuit si redus infiltrat inflamator limfocitar dispus periductal.
Toate marginile chirurgicale de rezectie sunt libere de malignitate.
Marginea de rezectie chirurgicala profunda ce contine fibre musculare striate este libera de malignitate.

CONCLUZIE: Piesa de mastectomie simpla stanga fara relicvat tumoral post-chirurgical pe sectiunile examinate, cu modificari fibro-inflamatorii si cicatriciale (ca urmare a interventiei chirurgicale anterioare).

In perioada 13.03.2025-22.04.2025, pacienta a efectuat RTE la Ap. Radixact, fotoni X, energie 6 MV , tehnica Tomoterapie Helicala pana la:

DT= 50Gy/25 fr./41 zile la nivelul peretelui toracic stang. Radioterapia a fost bine tolerata, fara incidente acute.

Clinic, la incheierea RTE, pacienta cu stare generala buna, fara acuze subiective, IP=1 , G=44 kg. Local, prezinta radiodermita grad I la nivelul peretelui toracic stang

Nume:	Parhon . Mihaela Daniela	**Trimis de:**	BENTIA DAN RAZVAN
Varsta:	26 ani, 2 luni	**Executat de:**	Balaceanu . Stelian_CT
Varsta cons:	26 ani, 2 luni	**Asistent:**	
Cod pacient:	303044122	**Data examinare:**	04.12.2025 16:04
Consultatie:	17601291	**Data eliberare rezultat:**	05.12.2025 00:47
CNP:			
Firma:			

RAPORT MEDICAL

Investigatii:

CT coloana vertebrala toracala cu substanta de contrast:
Pacienta cunoscuta cu angiosarcom san stang operat iterativ 2024, 2025, CHT, RT.

Leziune osteolitica de cca. 26/16/11 mm, situata in portiunea centrala si laterala stanga a corpului vertebral T6, extinsa la nivelul pediculului vertebral stang, cu iodofilie relativ intensa si neomogena, asociind brese parcelare ale corticalei adiacente, respectiv fractura-tasare vertebrala cu inaltime minima 11 mm in portiunea centrala - aspect CT sugestiv pentru determinare secundara; de corelat cu datele scintigrafiei.
In rest fara leziuni focalizate vizibile CT la nivelul segmentelor osoase scanate.
Fara interesari disco-radiculare sau medulare toracale vizibile CT.
Scolioza toracala "in S" (ambele inflexiuni 5 grade).
Fara acumulari heterodense perivertebrale toracale.

DLP = 1519 mGy* cm

DR. BALACEANU STELIAN
Medic Primar Radiologie-Imagistica

Recomandare internare:
Fara recomandare internare

Nume:	Parhon . Mihaela Daniela	**Trimis de:**	BENTIA DAN RAZVAN
Varsta:	26 ani, 3 luni	**Executat de:**	CORA ELENA . ALDESCU
Varsta cons:	26 ani, 2 luni	**Asistent:**	
Cod pacient:	303044122	**Data examinare:**	15.12.2025 15:50
Consultatie:	17636546	**Data eliberare rezultat:**	22.12.2025 10:23

CNP:

Firma:

RAPORT MEDICAL

Investigatii:

IRM bazin /sold cu substanta de contrast 3T:
Secvente: PD, PD FS, STIR, T1, T2, T1 FS pre si postcontrast

Rezultat:
Determinari secundare bazin osos, nedeformante, cu priza de contrast predominant periferica, cu restrictia difuziei, dispuse astfel:
-una la nivelul corpului osului iliac drept, ce masoara 23/35 mm diametre axiale si 40 mm cranio-caudal;
-una la nivel iliac acetabular drept, extinsa subcondral, ce masoara 30/52 mm diametre axiale si 42 mm cranio-caudal;
-una la nivelul inschionului stang, ce masoara 6/13 mm diametre axiale si 17 mm cranio-caudal;
In rest, articulatii coxo-femurale si sacro-iliace cu aspect IRM normal.

Concluzie: Trei determinari secundare osoase la nivelul bazinului, nedeformante.

IRM coloana toracala nativ 3T:
Diagnostic de trimitere: Angiosarcom mamar stang, operat 2024, 2025, radio-chimiotratat. Determinare secundara T6, descrisa la PET-CT si CT torace. Determinari secundare bazin.

Secvente: sag T1, T2, ax T2, cor STIR, sag si ax T1 FS postcontrast.

Rezultat:
Minima scolioza dextro-convexa toracala superioara.
Minima inversare a lordozei cervicale.
Deborduri discale posterioare C5-C6 si C6-C7, ce amprenteaza sacul dural.
Mica protruzie discala T5-T6, posterioara, paramediana stanga, ce amprenteaza discret sacul dural.
Mica protruzie discala T6-T7, posterioara, paramediana dreapta, ce amprenteaza discret

28.04.2025. Pacienta revine pentru consult post radioterapie. Se explica planul de tratament (4 c DOXO-IFO) si se discuta posibilitatea montarii unei camere implantabile. Se elibereaza bilet pentru analize cat si Rp pentru Emend.

06.05.25. Pacienta se prezinta pentru debutul chimioterapiei adjuvante.
Subiectiv: fara acuze
Obiectiv: IP=0; cicatrice postchirurgicala san stang in curs de vindecare.
Biologic la internare: glicemie bazala modificata (114 mg/dl)
Ii se explica pacientei beneficiile si riscurile tratamentului chimioterapic. Aceasta semneza consimtamintele.
In data de 07.05.2025 se initiaza chimioterapie adjuvanta C1 Doxorubicina+Ifosfamida+Mesna conform urmatoarei sceme:
- Ifosfamida Z1-Z4 1500mg/m2, DT= 1900 mg
- Doxorubicina Z1-Z3 20mg/m2, DT= 26 mg
- Mesna Z1-Z4 1800mg/mp, DT=2400mg
Fara efecte adverse acute.
Biologic (12.05.25): leucocitoza (18.12 mii/ul) cu neutrofilie (17.45 mii/ul) in contexul tratamentului cu Accofil.
Se elibereaza Rp/ Accofil 30 MU 6 seringi preumpl.

19.05.25 Consult cardiologic (Dr Cristina Radoi): Ecocord: Ventricul stang nedilatat, nehipertrofiat, fara tulburari de cinetica parietala, functie sistolica globala pastrata si functie diastolica normala. Valve normofunctionale. Cavitati drepte nedilatate. PAP normala. Pericard liber. Aorta nedilatata.

27.05.25. Pacienta se prezinta pentru continuarea chimioterapiei adjuvante.
Subiectiv: fara acuze
Obiectiv: IP=0; cicatrice postchirurgicala san stang in curs de vindecare.
Biologic la internare: anemie gr 1 (Hg= 11.8 g/dl), leucopenie (4.25 mii/ul), LDH usor crescut (216 u/l).
Se monteaza camera port-a cath, fara incidente (Dr. Morariu).
In data de 28.05.2025 se initiaza chimioterapie adjuvanta C2 Doxorubicina+Ifosfamida+Mesna conform urmatoarei sceme:
- Ifosfamida Z1-Z4 1500mg/m2, DT=2000 mg
- Doxorubicina Z1-Z3 20mg/m2, DT=26 mg
- Mesna Z1-Z4 1800mg/mp, DT=2400mg
Fara efecte adverse acute.
Biologic (01.06.25): leucopenie (3.83 mii/ul).
Se elibereaza Rp/ Accofil 30 MU 6 seringi preumpl.

18.06.25. Pacienta se prezinta pentru continuarea chimioterapiei adjuvante.
Subiectiv: fara acuze
Obiectiv: IP=0; cicatrice postchirurgicala san stang in curs de vindecare.
Biologic la internare: anemie gr 1 (Hg= 9.8 g/dl), leucopenie (3.88 mii/ul).
Se monteaza camera port-a cath, fara incidente (Dr. Morariu).
In data de 18.06.2025 se initiaza chimioterapie adjuvanta C3 Doxorubicina+Ifosfamida+Mesna conform urmatoarei sceme:
- Ifosfamida Z1-Z4 1500mg/m2, DT=1900 mg
- Doxorubicina Z1-Z3 20mg/m2, DT=26 mg
- Mesna Z1-Z4 1800mg/mp, DT=2400mg
Fara efecte adverse acute.
Biologic (22.06.25): anemie gr 1 (Hg= 10.2 g/dl), leucopenie (2.75 mii/ul).
Se elibereaza Rp/ Accofil 30 MU 6 seringi preumpl.

09.07.25. Pacienta se prezinta pentru continuarea chimioterapiei adjuvante.
Subiectiv: fara acuze notabile.
Obiectiv: IP=0; cicatrice postchirurgicala san stang in curs de vindecare.
Biologic la internare: anemie gr 2 (Hg= 9.1 g/dl), leucopenie (3280/ul) cu neutropenie gr I (1920/ul), in rest in limite terapeutice.
In data de 09.07.2025 se administreaza chimioterapie adjuvanta C4 Doxorubicina+Ifosfamida+Mesna conform urmatoarei sceme:
- Ifosfamida Z1-Z4 1500mg/m2, DT=1900 mg
- Doxorubicina Z1-Z3 20mg/m2, DT=26 mg
- Mesna Z1-Z4 1800mg/mp, DT=2400mg
Fara efecte adverse acute.

Se elibereaza Rp/ Accofil 30 MU 6 seringi preumpl.
Se elibereaza BT CT TAP sc.
Se elibereaza CM apartinator pt datele 09.07.2025 si 14.07.2025

COMPUTER TOMOGRAF SOMATOM (data: 30.07.25 08:05, medic - PASCA GINA-IULIA)
Comparativ cu examinarea din 03.10.2024:
- mastectomie stanga;
- mici infiltrate pulmonare focale in "sticla mata" mai exprimate in LSS anterior si supero-anterior in LIS, cu mici reticulatii subpleurale - mai probabil modificari post-terapeutice, insa de corelat clinic (excludere etiologie infectioasa) si reevaluarea la interval scurt prin CT torace nativ la 6 sapt.
- fara certe leziuni cu caracter de determinari secundare pulmonare;
- fara colectii pleurale sau pericardice;
- fara adenopatii axilare, supra- sau infraclaviculare, mamare interne si mediastinale;

Nota:Se va specifica durata pentru care se poate prescrie de medicul din ambulatoriu, inclusiv medicul de familie, fiecare dintre medicamentele recomandate.

ATENTIE!

Nerespectarea obligatiei medicului de specialitate din ambulatoriul clinic de specialitate sau din spital de a inita tratamentul prin prescrierea primei retete pentru medicamente cu sau fără contributie personală, astfel cum este prevăzut in protocoalele terapeutice, precum si de a elibera prescriptia medicală / bilete de trimitere / concediu medical / recomandări pentru ingrijiri la domiciliu / prescriptii pentru dispozitive medicale in fiecare caz pentru care este necesar, se sanctionează potrivit contractului incheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate!

Valabilitatea scrisorii medicale incepe de la data eliberarii acesteia.

Valabilitatea este în concordantă cu protocolul terapeutic.

In cazul in care medicul de specialitate nu consemnează o valabilitate pentru conduit terapeuticã recomandatã, valabilitatea scrisorii medicale incetează in momentul in care medicul de familie recomanda pacientului reevaluarea stării de sănătate.

Indicatie pentru revenire la internare

☒ Da, revine pentru internare in termen de Conform programarii.

Se completează obligatoriu una din cele două informatii:
- ☐ S-a eliberat prescriptie medicală, caz în care se va înscrie seria si numarul acesteia
- ☐ Nu s-a eliberat prescriptie medicala deoarece nu a fost necesar
- ☒ Nu s-a eliberat prescriptie medicala

Se completează obligatoriu una din cele două informatii:
- ☐ S-a eliberat concediu medical la externare, caz în care se va înscrie seria si numarul acestuia
- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare deoarece nu a fost necesar
- ☒ Nu s-a eliberat concediu medical la externare

Se completează obligatoriu una din cele două informatii:
- ☐ S-a eliberat recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu
- ☒ Nu s-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu, deoarece nu a fost necesar

Se completează obligatoriu una din cele două informatii:
- ☐ S-a eliberat prescriptie medicală pentru dispozitive medicale in ambulatoriu
- ☒ Nu s-a eliberat prescriptie medicală pentru dispozitive medicale in ambulatoriu deoarece nu a fost necesar

Semnatura si parafa medicului

Data 06.11.2025

Şef lucrări Dr. SUR DANIEL
medic primar
oncologie medicală
doctor în ştiinţe medicale
cod: F19016

Calea de transmitere:
- prin asigurat
- prin posta .....

---

*) Scrisoarea medicala se intocmeste în doua exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultatia/serviciul în ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicala sau biletul de iesire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externarii , într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie / medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct, prin posta electronica ori prin intermediul asiguratului; Scrisoarea medicală trimisă prin postă electronică este semnată cu semnătură electronica extinsă/calificată.

Cabinet medical din ambulatoriul de specialitate/spital MedLife Medical Park - Ambulatoriu
Medic: Suiaga Dan
Specialitatea: Neurochirurgie

SCRISOARE MEDICALA

Domnului/Doamnei DR. _____

cabinetul medical _____

Stimate(a) coleg(a), va informam ca pacientul (a) dumneavoastra:

Parhon Mihaela **nascut(a) la data**

17/09/1999 **CNP** [redacted]

a fost consultat in servicul nostru la data de 17-12-2025

Diagnosticul:

; ;

Motivul prezentarii la medic:

angiosarcom san stg operat in doua reprize cu mastectomie sectoriala stg

Anamneza:

Istoric: biopsia de la cel edoua interventii a fost de angiosarcom.
Pe examinarile CT si RMN succesive au aprut doua leziuni osteoliteice acetabul drt si vertebra T6 in aparenta progresie dimensionala in ultimele 6 luni

Examen clinic:

fara deficit;

Examene de laborator/paraclinice:

Examene paraclinice:

RX: EX PET CT releva o capatre moderat ad etrasor la nivel leziuni osteolitice
Examen CT si RMN cu ciontrast releva o priza de contrast la nivel T6 si acetabul drt

Recomandari:

- in acest moment exista o liza si tasare usora vertebra T7 inca compensat amecanic care nu are indicatie de interventie neurochirurgical apentru stabilizare
- aceste lucruri se pot schimba daca liza vertebrei T6 progreseaza si atunci poate necesita stabilizare
- eu consider ca acest eleziuni litice sunt determinari secundare si recomand o reevaluare oncologica a tratamentului
- daca medicul oncolog considera utila dpdv oncologic rezectia vertebrei T6 in totaliate cu reconstructie corp vertebral si fuziune 3 niveluri cranial si 3 caudal acest lucru este fezabil
- ar trebui luat in calcul tratamentul cu radioterapie ioni grei (protoni, carbon- La CNAO Pavia initalia de exemplu)
- raman la dispozitie daca este necesara o interventi la nivel vertebra T6

Data: 17-12-2025

Semnatura si parafa:

Dr. Dan Suiaga
Medic primar
Neurochirurgie
A44880

Dr. SUIAGA DAN
Medic primar
neurochirurgie
A44880

dansuiaga@yahoo.com