Denumire Furnizor ...............................................

Medic ....................................................................

Contract/convenţie nr. ..........................................

CAS ......................................................................

**SCRISOARE MEDICALĂ\*)**

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că domnul/doamna ..........................................................., născut/ă la data de ..................., CNP/cod unic de asigurare ......................................................, a fost consultat/ă în serviciul nostru la data de ……................ nr. F.O./nr. din Registrul de consultaţii ....................................................................................................................................

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că domnul/doamna ..................................................., născut/ă la data de ..............., CNP/cod unic de asigurare .........................................................., a fost consultat/ă în serviciul nostru la data de................../a fost internat/ă in perioada ............................ nr. F.O./nr. din Registrul de consultaţii .........................................................

Motivele prezentării:

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

Diagnosticul şi codul de diagnostic:

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

Anamneză:

...................................................................................................................................................

- factori de risc

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

Examen clinic:

- general

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

- local

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

Examene de laborator:

- cu valori normale

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

- cu valori patologice

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

Examene paraclinice:

EKG

...................................................................................................................................................

ECO

...................................................................................................................................................

Rx

...................................................................................................................................................

Altele

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

Tratament efectuat:

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

Alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului:

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

Tratament recomandat

..................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

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

**ATENȚIE!**

**Nerespectarea obligației medicului de specialitate din ambulatoriul clinic de specialitate sau din spital de a iniția tratamentul prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, astfel cum este prevăzut în protocoalele terapeutice, precum și de a elibera prescripția medicală / bilete de trimitere / concediu medical / recomandări pentru îngrijiri la domiciliu / prescripții pentru dispozitive medicale în fiecare caz pentru care este necesar, se sancționează potrivit contractului încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate!**

**Valabilitatea scrisorii medicale incepe de la data eliberarii acesteia.**

**Valabilitatea este în concordanță cu protocolul terapeutic.**

**În cazul în care medicul de specialitate nu consemnează o valabilitate pentru conduita terapeutică recomandată, valabilitatea scrisorii medicale încetează în momentul în care medicul de familie recomanda pacientului reevaluarea stării de sănătate.**

Indicaţie de revenire pentru internare

\_

- |\_| da, revine pentru internare în termen de ......................................................

\_

- |\_| nu, nu este necesară revenirea pentru internare

Se completează obligatoriu una dintre cele trei informaţii:

\_

- |\_| S-a eliberat prescripţie medicală, caz în care se va înscrie seria şi numărul acesteia

\_

- |\_| Nu s-a eliberat prescripţie medicală deoarece nu a fost necesar

\_

- |\_| Nu s-a eliberat prescripţie medicală

Se completează obligatoriu una dintre cele trei informaţii:

\_

- |\_| S-a eliberat concediu medical la externare/consultaţia din ambulatoriu, caz în care se va înscrie seria şi numărul 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 dintre cele două informaţii:

\_

- |\_| S-a eliberat recomandare pentru îngrijiri 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 dintre cele două informaţii:

\_

- |\_| S-a eliberat prescripţie medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu

\_

- |\_| Nu s-a eliberat prescripţie medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu deoarece nu a fost necesar

Data ................................ Semnătura şi parafa medicului

............................................

Calea de transmitere:

- prin asigurat

- prin poştă ..........................

\*) Scrisoarea medicală se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultaţia/serviciul în ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct, prin poșta electronică ori prin intermediul asiguratului.

Scrisoarea medicală trimisă prin poștă electronică este semnată cu semnătură electronică extinsă/calificată.