ANEXA 24

**- model -**

**A. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN**

UNITATEA SANITARĂ .................... Tel.:

DEPARTAMENTUL ........................ Fax:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Şef departament | URGENŢĂ: DA/NU |

............... |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ ţintă/segment anatomic de examinat ...................................

1. Pacient: Nume .............. Prenume ............. telefon ..............

2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare** ..............................

3. Greutate ................. Kg

4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU | Programare examen RMN

Alte case ...................... | Data: ...................................

| Ora: ....................................

5. Internat DA/NU - |

Secţia ..... nr. FO ............ | Substanţă contrast: DA\*) .........../NU

6. S-au epuizat celelalte metode | \*) Se va aplica semnătura şi parafa

de diagnostic: | medicului de specialitate radiologie şi

| imagistică medicală

| Precizări: ..............................

DA/NU | .........................................

7. Dg. trimitere ............... | Observaţii speciale legate de pacient:

................................ | 1. Asistat cardiorespirator ...... DA/NU

................................ | 2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă

8. Date clinice şi paraclinice | 3. Antecedente alergice .......... DA/NU

care să justifice explorarea | 4. Astm bronşic .................. DA/NU

RMN: | 5. Crize epileptice .............. DA/NU

................................ | 6. Suspiciune de sarcină ......... DA/NU

................................ | 7. Claustrofobie

................................ | 8. Clipuri chirurgicale, materiale

................................ | metalice de sutură

................................ | 9. Valve cardiace, ventriculare

................................ | 10. Proteze auditive

................................ | 11. Dispozitive intrauterine

9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU | 12. Proteze articulare, materiale de

| osteosinteză

Dacă DA Data ...... Unde ....... | 13. Materiale stomatologice

Trimis de (spital, clinică) | 14. Alte proteze

................................ | 15. Meserii legate de prelucrarea

Medic solicitant .... Data: .... | metalelor (schije, obiecte metalice)

Semnătura şi parafa medicului | 16. Corpi străini intraocular

solicitant | 17. Schije, gloanţe, obiecte metalice

|

| Semnătura pacientului

Aviz şef secţie solicitantă cu

asumarea responsabilităţii\*\*):

(semnătura şi parafa)

În caz de urgenţă, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| PREZENŢA UNUI PACEMAKER ESTE O |

| CONTRAINDICAŢIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!! |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

------------

\*\*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi.

**B. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT**

UNITATEA SANITARĂ .................... Tel.:

DEPARTAMENTUL ........................ Fax:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Şef departament | URGENŢĂ: DA/NU |

............... |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ ţintă/segment anatomic de examinat ...................................

1. Pacient: Nume .............. Prenume ............. telefon ..............

2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare** ..............................

3. Greutate ................... Kg | Programare examen CT

4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU |

Alte case ........................ | Data: .................................

| Ora: ..................................

5. Internat DA/NU - |

Secţia ..... nr. FO .............. | Substanţă contrast: DA\*) ........./NU

| \*) Se va aplica semnătura şi parafa

| medicului de specialitate radiologie şi

| imagistică medicală

6. S-au epuizat celelalte metode |

de diagnostic: DA/NU | Precizări: ............................

7. Dg. trimitere ................. | .......................................

.................................. | .......................................

8. Date clinice şi paraclinice care| Diagnostic CT stabilit ................

să justifice explorarea CT: | .......................................

.................................. | .......................................

.................................. | .......................................

.................................. | .......................................

.................................. | .......................................

.................................. | .......................................

9. Examen CT anterior: DA/NU | .......................................

10. Toleranţă la substanţa iodată: | .......................................

DA/NU | .......................................

Trimis de (spital, clinică) ...... |

Medic solicitant ...... Data: .... |

Semnătura şi parafa medicului

solicitant

Aviz şef secţie solicitantă cu

asumarea responsabilităţii\*):

(semnătura şi parafa)

Pentru URGENŢE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

------------

\*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi.

**C. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC**

UNITATEA SANITARĂ .................... Tel.:

DEPARTAMENTUL ........................ Fax:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Şef departament | URGENŢĂ: DA/NU |

............... |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat .........................................

Organ/segment anatomic de examinat .........................................

1. Pacient: Nume .......... Prenume ............... telefon ................

2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare** ..............................

3. Greutate .................... Kg | Programare examen scintigrafic

4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU |

Alte case ......................... | Data: ................................

| Ora: .................................

5. Internat DA/NU - |

Secţia ..... nr. FO ............... |

6. S-au epuizat celelalte metode de |

diagnostic: DA/NU | Precizări\*): .........................

7. Dg. trimitere .................. | ......................................

................................... | ......................................

8. Date clinice şi paraclinice care | Diagnostic scintigrafic stabilit

să justifice explorarea | ......................................

................................... | ......................................

................................... | ......................................

................................... | ......................................

................................... | ......................................

................................... | \*) Sarcina reprezintă contraindicaţie

9. Examen scintigrafic anterior: | de efectuare a examenului scintigrafic

DA/NU |

10. Stări alergice\*): DA/NU | Semnătura pacientului

Trimis de (spital, clinică) ....... | (acolo unde este necesară confirmarea)

Medic solicitant Data: |

Semnătura şi parafa medicului |

Solicitant

Aviz şef secţie solicitantă cu

asumarea responsabilităţii\*):

(semnătura şi parafa)

Pentru urgenţe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

------------

\*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi.

**D. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC**

UNITATEA SANITARĂ .................... Tel.:

DEPARTAMENTUL ........................ Fax:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Şef departament | URGENŢĂ: DA/NU |

............... |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

Tip de examen angiografic indicat ..........................................

Organ/segment anatomic de examinat .........................................

1. Pacient: Nume .......... Prenume ............... telefon ................

2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare** ..............................

3. Greutate .................... Kg | Programare examen angiografic

4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU |

Alte case ......................... | Data: ................................

| Ora: .................................

5. Internat DA/NU - |

Secţia ..... nr. FO ............... |

6. S-au epuizat celelalte metode de |

diagnostic: DA/NU | Precizări\*): .........................

7. Dg. trimitere .................. | ......................................

................................... | ......................................

................................... | Observaţii speciale legate de pacient:

8. Date clinice şi paraclinice care | 1) Pacient diabetic .......... DA/NU

să justifice explorarea | - în tratament cu sulfamide

................................... | hipoglicemiante .............. DA/NU

................................... | (dacă DA se opreşte tratamentul cu 48

................................... | de ore înaintea investigaţiei)

................................... | 2) Hepatita .................. DA/NU

................................... | Diagnostic angiografic stabilit

................................... | ......................................

| ......................................

| ......................................

| ......................................

| ......................................

9. Examen angiografic anterior: | ......................................

DA/NU |

10. Puls: - arteră femurală dreaptă | \*) - Pacientul se va prezenta

................................... | obligatoriu cu următoarele teste

- arteră femurală stângă | efectuate: activitatea protrombinică

................................... | şi timpul de protrombină determinate

| în ziua efectuării investigaţiei,

| creatinină, uree, ECG, tensiune

| arterială, antigen HbS, test HIV

| - Administrarea anticoagulantelor

| cumarinice trebuie oprită cu 72 de ore

10. Stări alergice\*): DA/NU | înaintea investigaţiei; medicaţia

- la substanţa de contrast ........ | antihipertensivă şi antiaritmică NU

- alte alergii .................... | se opreşte;

| Semnătura pacientului

Trimis de (spital, clinică) ....... | (acolo unde este necesară confirmarea)

|

Medic solicitant Data: |

Semnătura şi parafa medicului |

solicitant |

Aviz şef secţie solicitantă cu

asumarea responsabilităţii\*):

(semnătura şi parafa)

Pentru urgenţe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

Semnătura şi parafa medicului care a efectuat investigaţia.

------------

\*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi.