ANEXA 43

- MODEL –

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

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

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

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

SCRISOARE MEDICALĂ\*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că ......................................................................................, născut/ă la

data de ......................................., CNP/cod unic de asigurare ..............................................................., a fost

consultat în serviciul nostru la data de ……................ nr. F.O./nr. din Registrul de consultaţii

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

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că ........................................................, născut la data de ................,

CNP/cod unic de asigurare ............................................, a fost consultat în serviciul nostru la data

de......................................../a fost internat 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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nota: 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 dispositive 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

4

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