**ANEXA 43**

**- MODEL -**

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

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

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

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

**SCRISOARE MEDICALĂ\*)**

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 .................. nr. F.O./nr. din Registrul de consultaţii ......................................

Motivele prezentării:

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

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

Diagnosticul:

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

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

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

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

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.**

Indicaţie de revenire pentru internare

\_

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

\_

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

Se completează obligatoriu una din 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 din 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 din 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 din 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

(cu viza Unităţii judeţene de implementare a programului, pentru diabet)

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

| Unitate judeţeană de diabet zaharat: | |

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

| Nr. înregistrare a asiguratului: | |

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

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 ori prin intermediul asiguratului;