**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 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.