**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.