

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie /

(nume prenume)

CNP medic de familie/

**MIȘCAREA LUNARĂ  
A PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE  
PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL  
MEDICULUI DE FAMILIE  
ÎN LUNA..... ANUL.....**

**I. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență**

Nr. Crt.	Cod numeric personal / Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal	Vârsta *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul**)	Data intrării în evidența medicului de familie/	Data ieșirii din evidența medicului de familie/
<b>A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI, AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE</b>					
1. HTA					
1.					
2.					
...					
2. DIABET ZAHARAT TIP II					
1.					
2.					
...					
3. DISLIPIDEMIE					
1.					
2.					
...					
4. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.					
2.					
...					
5. ASTM BRONȘIC					
1.					
2.					
...					
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.					
2.					
...					
<b>B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ ***)</b>					
1. HTA					
1.					

2.					
...					
<b>2. DIABET ZAHARAT TIP II</b>					
1.					
2.					
...					
<b>3. DISLIPIDEMIE</b>					
1.					
2.					
...					
<b>4. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)</b>					
1.					
2.					
...					
<b>5. ASTM BRONȘIC</b>					
1.					
2.					
...					
<b>6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI</b>					
1.					
2.					
...					

\*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0-1 an se va completa vârsta în luni.

\*\*) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b.

\*\*\*) Cazurile nou depistate, pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

## II. Recapitulăția persoanelor cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie *)	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
<b>A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA INCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE</b>				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 1				
<b>B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ **)</b>				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 2				
TOTAL				

\*) Conform anexei 2-D la Ordinul nr. 763/3772016 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017.

\*\*) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

**NOTE:**

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.
2. Evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.
3. Formularele din anexa 7-a se întocmesc lunar în 2 exemplare din care unul se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară  
Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din anexa 7-a se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.
4. Datele se vor completa cu majuscule.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,**

.....

**Validat de casa de asigurări  
de sănătate**

.....

**Data:** .....