**PRESCRIPŢIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE**

**DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE**

Nr. ......................./..............................\*)

Unitatea medicală .................................................... |\_| MF

Adresa ......................................................................

|\_| Ambulatoriu

|\_| Spital

Stat membru: ROMÂNIA

CUI ...........................................

Nr. contract ...................... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate..............................................................................

(pentru medicul care întocmeşte prescripţia medicală - recomandarea)

Nr. contract ................... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ............................ se completează cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital (numai pentru situaţiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmeşte prescripţie medicală - recomandare)

**Nume, prenume medic**..............................................................................Cod parafă medic ..........................................

Specialitatea medicului prescriptor ....................................................................................................................................

Date contact medic prescriptor:

- telefon/fax medic prescriptor ........................................................................ (se va completa inclusiv prefixul de ţară)

- e-mail medic prescriptor ..................................................................................................................................................

**1.** **Numele** **şi** **prenumele asiguratului** ..............................................................................................................................

(se va completa în întregime numele şi prenumele asiguratului)

**2.** Data naşterii ...................................................................................................................................................................

**3.** Domiciliul ........................................................................................................................................................................

**4.** Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului .......................................................................................

**5.** Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate: ...........................................................................................................

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

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

**6.** **Deficienţa organică sau funcţională**

- nu este ca urmare a unei boli profesionale |\_| (se bifează căsuţa)

- nu este ca urmare a unui accident de muncă ori sportiv. |\_| (se bifează căsuţa)

**7.** **Pentru stomii şi retenţie sau/şi incontinenţă** urinară se bifează una dintre căsuţele:

\_ \_

|\_| permanentă |\_| set modificat

\_

|\_| temporară

Sunt de acord cu modificarea setului

Semnătură asigurat

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

Se recomandă .................... zile (maxim 90/91/92) – se completează numai în cazul dispozitivelor recomandate pentru o perioadă temporară .

**8.** **Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă, suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP** și **dispozitive de asistare a tusei** se bifează una dintre căsuţele:

- cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat, definitiv |\_|

- cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat |\_|

- fără certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat |\_|

Se recomandă ……................zile/luni (maximum 90/91/92 zile sau 12 luni)- se completează numai în cazul dispozitivelor recomandate pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap grav sau accentuat definitiv .

**9.** **Pentru fotolii rulante** se bifează una dintre căsuţele:

\_

|\_| perioadă nedeterminată

|\_| perioadă determinată; se recomandă ………………… zile (maximum 90/91/92 zile)

**10.** **Pentru protezele de membru inferior** se bifează una dintre căsuţele:

\_

|\_| proteză provizorie

|\_ |proteză definitivă

**11.** Dispozitive medicale ce se pot acorda **pereche**:

\_ \_

|\_| dreapta |\_| stânga

**12. Denumirea şi tipul dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv recomandat:**

(din anexa nr. 38 la ordin\*\*)

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

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

13. **Numărul și data înregistrării atestatului** în Managementul general, clinic și trapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului – Somnologie ...............................................................( se va completa de către medicii care recomandă suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, aparate de ventilație noninvazivă, aparate de administrare continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

**Numărul și data înregistrării atestatului** în Managementul general, clinic și trapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului – Somnologie ,poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BPAP ............................................................... (se va completa de către medicii care recomandă suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, aparate de ventilație noninvazivă, aparate de administrare continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

**Numărul și data înregistrării atestatului** în Managementul general, clinic și trapeutic al tulburărilor respiratorii – Ventilație non-invazivă ...............................................................( se va completa de către medicii care recomandă aparate de ventilație noninvazivă, și dispozitive de asistare a tusei )

Data emiterii prescripţiei ................................................

Semnătura (olografă sau electronică, după caz) şi parafa medicului ..........................................

------------

\*) Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaie de observaţie

\*\*) Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **1857**/**441**/**2023** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a **H.G. nr. 521/2023** pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate .

Notă:

Recomandarea se eliberează în 3 exemplare.

Recomandarea se eliberează numai dacă deficienţa organică sau funcţională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.