**Anexa Nr. 43**

**- MODEL -**

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

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

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

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

**SCRISOARE MEDICALĂ\*)**

    \*) 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 poşta electronică ori prin intermediul asiguratului.

    Scrisoarea medicală trimisă prin poştă electronică este semnată cu semnătură electronică extinsă/calificată.

    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 în 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.**

**ATENŢIE!**

**Nerespectarea obligaţiei medicului de specialitate din ambulatoriul clinic de specialitate sau din spital de a iniţia tratamentul prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, astfel cum este prevăzut în protocoalele terapeutice, precum şi de a elibera prescripţia medicală/bilete de trimitere/concediu medical/recomandări pentru îngrijiri la domiciliu/prescripţii pentru dispozitive medicale în fiecare caz pentru care este necesar, se sancţionează potrivit contractului încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate!**

**Valabilitatea scrisorii medicale incepe de la data eliberării acesteia.**

**Valabilitatea este în concordanţă 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 ..........................