

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 asigurare/ Numar 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/
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA INCHEIERII CONTRACTULUI , AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE					
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. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ ***)					
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.					
...					

*) 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.

***) Indiferent de luna pentru care se face raportarea, cazurile nou depistate începând cu data de 1 iunie 2014, 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
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA INCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 1				
B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ **)				
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. 619/360/2014

***) Indiferent de luna pentru care se face raportarea, cazurile nou depistate începând cu data de 1 iunie 2014, 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 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:

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de specialitate din ambulatoriu

.....

(nume prenume)

CNP medic de specialitate din ambulatoriu

.....

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

I. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență

Nr. Crt.	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal	Vârsta *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul**)	Data intrării în evidență medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidență medicului de specialitate din ambulatoriu
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA INCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU					
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 CRONICA DE RINICHI					
1.					
2.					
...					

B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI, CARE SE PREZINTĂ CU BILET DE TRIMITERE DE LA MEDICUL DE FAMILIE PE CARE ESTE EVIDENȚIAT MANAGEMENT DE CAZ ***)					
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.					
...					

*) 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.

***) Indiferent de luna pentru care se face raportarea, cazurile nou depistate începând cu data de 1 iunie 2014, pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

II. Recapitulăția persoanelor cu afecțiuni cronice în evidența medicului de specialitate din ambulatoriu

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de specialitate din ambulatoriu*)	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 1				

B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI, CARE SE PREZINTĂ CU BILET DE TRIMITERE DE LA MEDICUL DE FAMILIE PE CARE ESTE EVIDENȚIAT MANAGEMENT DE CAZ**)				
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. 619/360/2014.

**) Indiferent de luna pentru care se face raportarea, cazurile nou depistate începând cu data de 1 iunie 2014, 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 monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

3. Formularele din anexa 7-b se întocmesc lunar în 2 exemplare din care unul se depune 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 asistenta medicală de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din anexa 7-b 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: