**RECOMANDARE**

**pentru îngrijiri medicale la domiciliu**

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

**I. Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate** inclusiv medicul de familie, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) ...................... C.U.I. .........

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

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

 2. Telefon asigurat ...................

 3. Domiciliul ............................................................

 4. Adresa declarată unde se vor acorda serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu ..........................................

 5. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare ..........

 6. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate:

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

 (Se va nota şi cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificaţia internaţională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

 7. statusul de performanţă ECOG\*)

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

 8. Servicii de îngrijiri recomandate: periodicitate/ritmicitate\*2)

 (cu denumirea din anexa nr. 30 A

 la ordin\*1))

 a) ........................... ............................

 b) ........................... ............................

 c) ........................... ............................

 d) ........................... ............................

 9. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu\*\*)

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

 10. Justificarea recomandării privind necesitatea şi oportunitatea acordării îngrijirilor medicale la domiciliu:

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

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

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

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

 11. Justificare pentru recomandarea unui episod mai mare de 15 zile, dar nu mai mult de 30 de zile

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

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

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

 12. Codul de parafă al medicului

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

 Data ........................ Data .........................

 Semnătura şi parafa medicului Semnătura şi parafa medicului

 care a avut în îngrijire din ambulatoriul de specialitate/

 asiguratul internat medicului de familie

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

 Data, numele şi prenumele în clar

 şi semnătura asiguratului,

 aparţinătorului sau împuternicitului

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

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

 \*) statusul de performanţă ECOG:

 - statusul de performanţă ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare);

 - statusul de performanţă ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare).

 \*\*) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maximum 15 de zile de îngrijiri. În cazul în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

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

 \*1) la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068./627/2021privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr.696/2021pentru 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 pentru anii 2021-2022;

 \*2) periodicitate/ritmicitate serviciilor recomandate se stabileşte pentru fiecare tip de serviciu în parte, în concordanţă cu diagnosticul, cu patologia pacientului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia.

 NOTĂ:

 1. Termenul de valabilitate al recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu este de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea. Termenul în care asiguratul are obligaţia de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire şi la furnizorul de îngrijiri la domiciliu este de maximum 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligaţia să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. În situaţia în care acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu se începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obţinerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

 2. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi nici recomandările medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit şi statusul de performanţă ECOG al acestuia.

**II.** Casa de Asigurări de Sănătate ....................... avizează conform recomandării un număr de .............. zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi ataşează lista furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relaţie contractuală şi datele de contact ale acestora (adresa completă sediu social, sediu lucrativ şi punct de lucru, telefon/fax, pagină web).

 Data VIZAT,

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

 NOTA: pct. I se completează de medicul care face recomandarea, iar pct. II se completează de casa de asigurări de sănătate.