**ANEXA 31 C**

**- model –**

**RECOMANDARE**

**pentru îngrijiri medicale la domiciliu**

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

**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. Domiciliul ......................................................

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

4. 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.)

5. statusul de performanţă ECOG\*) ................................................

6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(cu denumirea din anexa nr. 30 periodicitate/ritmicitate\*2)

la ordin\*1))

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

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

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

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

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

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

8. Codul medicului .......................................................

Ştampila secţiei din care se Ştampila furnizorului de servicii

externează asiguratul şi medicale din ambulatoriul de

semnătura şefului de secţie specialitate/asistenţă medicală primară

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

Semnătura şi parafa medicului Semnătura şi parafa medicului din

care a avut în îngrijire ambulatoriul de specialitate/medicului

asiguratul internat de familie

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

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

\*) 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 maxim 30 de zile de îngrijiri.

\*\*\*) 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. 196/139/ 2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017;

\*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 în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării.

2. Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările 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.

**ANEXA 31 D**

**- model –**

**RECOMANDARE**

**pentru îngrijiri paliative la domiciliu**

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

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

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

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

2. Domiciliul ............................................................

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

4. 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.)

5. statusul de performanţă ECOG\*) ..........................................

6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(din anexa nr. 30 la ordin\*1))

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la domiciliu\*\*)

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

8. Codul medicului .......................................................

Ştampila secţiei din care se Ştampila furnizorului de servicii

externează asiguratul şi medicale din ambulatoriul de

semnătura şefului de secţie specialitate

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

Semnătura şi parafa medicului Semnătura şi parafa medicului din

care a avut în îngrijire ambulatoriul de specialitate

asiguratul internat

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

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

\*) 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 o dată în viaţă pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

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

\*1) Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/ 2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016- 2017.

NOTĂ:

1. Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării.

2. Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.