

A. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... | |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ țintă/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare**

3. Greutate Kg

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU | Programare examen RMN

Alte case | Data:

..... | Ora:

5. Internat DA/NU - |

Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU

6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: | *) Se va aplica semnătura și parafa medicului de specialitate radiologie și imagistică medicală

..... | Precizări:

..... |

DA/NU |

7. Dg. trimitere | Observații speciale legate de pacient:

..... | 1. Asistat cardiorespirator DA/NU

..... | 2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă

8. Date clinice și paraclinice | 3. Antecedente alergice DA/NU

care să justifice explorarea RMN: | 4. Astm bronșic DA/NU

..... | 5. Crize epileptice DA/NU

..... | 6. Suspiciune de sarcină DA/NU

..... | 7. Claustrofobie

..... | 8. Clipuri chirurgicale, materiale metalice de sutură

..... | 9. Valve cardiace, ventriculare

..... | 10. Proteze auditive

..... | 11. Dispozitive intrauterine

9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU | 12. Proteze articulare, materiale de osteosinteză

..... | 13. Materiale stomatologice

Dacă DA Data Unde | 14. Alte proteze

Trimis de (spital, clinică) | 15. Meserii legate de prelucrarea metalelor (schițe, obiecte metalice)

..... | 16. Corpi străini intraocular

Medic solicitant Data: | 17. Schițe, gloanțe, obiecte metalice

Semnătura și parafa medicului solicitant |

..... | Semnătura pacientului

Aviz șef secție solicitantă cu asumarea responsabilității**):
(semnătura și parafa)

În caz de urgență, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

| PREZENȚA UNUI PACEMAKER ESTE O
| CONTRAINDICAȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!! |

**) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi.

B. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ țintă/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare**

3. Greutate Kg | Programare examen CT

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU |

Alte case | Data:
..... | Ora:

5. Internat DA/NU - |

Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU
..... | *) Se va aplica semnătura și parafa
..... | medicului de specialitate radiologie și
..... | imagistică medicală

6. S-au epuizat celelalte metode |
de diagnostic: DA/NU | Precizări:

7. Dg. trimitere |

8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic CT stabilit

să justifice explorarea CT: |

..... |

..... |

..... |

..... |

9. Examen CT anterior: DA/NU |

10. Toleranță la substanța iodată: |

DA/NU |

Trimis de (spital, clinică) |

Medic solicitant Data: |

Semnătura și parafa medicului
solicitant

Aviz șef secție solicitantă cu
asumarea responsabilității*):
(semnătura și parafa)

Pentru URGENȚE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi.

C. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel. :
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat
Organ/segment anatomic de examinat
1. Pacient: Nume Prenume telefon
2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare**
3. Greutate Kg | Programare examen scintigrafic
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU |
Alte case | Data:
..... | Ora:
5. Internat DA/NU - |
Secția nr. FO |
6. S-au epuizat celelalte metode de |
diagnostic: DA/NU | Precizări*):
7. Dg. trimitere |
..... |
8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic scintigrafic stabilit
să justifice explorarea |
..... |
..... |
..... | *) Sarcina reprezintă contraindicație
9. Examen scintigrafic anterior: | de efectuare a examenului scintigrafic
DA/NU |
10. Stări alergice*): DA/NU | Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică) | (acolo unde este necesară confirmarea)
Medic solicitant Data: |
Semnătura și parafa medicului |
Solicitant

Aviz șef secție solicitantă cu
asumarea responsabilității*):
(semnătura și parafa)

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi.

D. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

Tip de examen angiografic indicat	
Organ/segment anatomic de examinat	
1. Pacient: Nume	Prenume	telefon
2. Cod numeric personal/ cod unic de asigurare		
3. Greutate	Kg	Programare examen angiografic
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU		
Alte case		Data:
		Ora:
5. Internat DA/NU -		
Secția nr. FO		
6. S-au epuizat celelalte metode de		Precizări*):
diagnostic: DA/NU		
7. Dg. trimitere		
.....		
.....		
8. Date clinice și paraclinice care		Observații speciale legate de pacient:
să justifice explorarea		1) Pacient diabetic..... DA/NU
.....		- în tratament cu sulfamide
.....		hipoglicemizante DA/NU
.....		(dacă DA se oprește tratamentul cu 48
.....		de ore înaintea investigației)
.....		2) Hepatita DA/NU
.....		Diagnostic angiografic stabilit
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
9. Examen angiografic anterior:	
DA/NU		
10. Puls: - arteră femurală dreaptă		*) - Pacientul se va prezenta
.....		obligatoriu cu următoarele teste
- arteră femurală stângă		efectuate: activitatea protrombinică
.....		și timpul de protrombină determinate
		în ziua efectuării investigației,
		creatinină, uree, ECG, tensiune
		arterială, antigen HbS, test HIV
		- Administrarea anticoagulantelor
		cumarinice trebuie oprită cu 72 de ore
		înaintea investigației; medicația
		antihipertensivă și antiaritmică NU
		se oprește;
		Semnătura pacientului
		(acolo unde este necesară confirmarea)
10. Stări alergice*): DA/NU		
- la substanța de contrast		
- alte alergii		
Trimis de (spital, clinică)		
Medic solicitant	Data:	
Semnătura și parafa medicului		
solicitant		

Aviz șef secție solicitantă cu asumarea responsabilității*):
(semnătura și parafa)

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

Semnătura și parafa medicului care a efectuat investigația.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi.