**ANEXA 43**

**- MODEL –**

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

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

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

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

**SCRISOARE MEDICALĂ\*)**

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 in 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.**

**ATENȚIE!**

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

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

**Valabilitatea este în concordanță 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 ..........................

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

\*) 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 poșta electronică ori prin intermediul asiguratului.

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