

**Bilet de trimitere pentru investigații paraclinice decontate de CAS  
Servicii de înaltă performanță – RMN**

Serie: BRMAK Nr.0624021



1. Unitate medicală		Nivel de prioritate
C.U.I. ....	<input type="checkbox"/> MF	Urgență <input type="checkbox"/>
Sediu (localitate, str., nr.) .....	<input type="checkbox"/> Amb.	Curente <input type="checkbox"/>
Județul .....	Spec.	
Casa de asigurări .....	<input type="checkbox"/> Altele	
Nr. contract/convenție .....		

2. Date de identificare asigurat	<input type="checkbox"/> Salariat	<input type="checkbox"/> Veteran
Asigurat la CAS ..... R.C.: .....	<input type="checkbox"/> Coasigurat	<input type="checkbox"/> Revoluționar
Nume .....	<input type="checkbox"/> Liber-profesionist	<input type="checkbox"/> Handicap
Prenume .....	<input type="checkbox"/> Copil (<18 ani)	<input type="checkbox"/> PNS .....
Adresa .....	<input type="checkbox"/> Elev/Ucenic/ Student (18-26 ani)	<input type="checkbox"/> Ajutor social
.....	<input type="checkbox"/> Gravida/Lehuză	<input type="checkbox"/> Șomaj
.....	<input type="checkbox"/> Pensionar	<input type="checkbox"/> Card European (CE)
CID/CNP/CE/PASS <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Alte categorii	<input type="checkbox"/> Acorduri internaționale
COD CARD ASIGURAT <input type="text"/>		Cetățenia <input type="text"/>

3. Cod diagnostic		
<input type="text"/>	Diagnostic .....	P A/S C
<input type="text"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Accidente de muncă/Boli profesionale/Daune	<input type="checkbox"/>
Data trimiterii ...../...../.....	Semnătura medicului .....	Cod parafă <input type="text"/>
Data reconfirmării ...../...../.....	Semnătura medicului .....	Cod parafă <input type="text"/>

4.1. Tip investigație indicat ....., cod investigație .....

4.2. Date clinice și paraclinice care să justifice investigația: .....

4.3. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic? DA/NU

4.4. Examen CT/RMN anterior: DA/NU

4.5. Observații speciale legate de pacient:

- |   |  |
|---|--|
| a) Greutate ..... kg  | l) Asistat cardiorespirator ..... DA/NU  |
| b) Cooperare previzibilă ..... Normală/Dificilă                                   | m) Antecedente alergice ..... DA/NU      |
| c) Astm bronșic ..... DA/NU   | n) Crize epileptice ..... DA/NU          |
| d) Suspiciune de sarcină ..... DA/NU  | o) Claustrofobie ..... DA/NU             |
| e) Valve cardiace, ventriculare ..... DA/NU                                       | p) Proteze auditive ..... DA/NU          |
| f) Dispozitive intrauterine ..... DA/NU   | r) Materiale stomatologice ..... DA/NU   |
| g) Alte proteze ..... DA/NU   | s) Corpi străini intraocular ..... DA/NU |
| h) Schije, gloanțe, obiecte metalice ..... DA/NU                                  |  |
| i) Proteze articulare, materiale de osteosinteză ..... DA/NU                      |  |
| j) Meserii legate de prelucrarea metalelor (schije, obiecte metalice) ..... DA/NU |  |
| k) Clipuri chirurgicale, materiale metalice de sutură ..... DA/NU                 |  |

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

4.6. Substanță de contrast: Da/NU

5. Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii paraclinice:

6. Data prezentării asiguratului	Semnătura asiguratului
...../...../.....	.....