**ANEXA 43**

 **- MODEL -**

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

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

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

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

**SCRISOARE MEDICALĂ\*)**

 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 .................. nr. F.O./nr. din Registrul de consultaţii ......................................

 Motivele prezentării:

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

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

 Diagnosticul:

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

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

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

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

 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.**

 Indicaţie de revenire pentru internare

 \_

 - |\_| da, revine pentru internare în termen de ..............

 \_

 - |\_| nu, nu este necesară revenirea pentru internare

 Se completează obligatoriu una din 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 din 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 din 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 din 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

 (cu viza Unităţii judeţene de implementare a programului, pentru diabet)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Unitate judeţeană de diabet zaharat: | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| Nr. înregistrare a asiguratului: | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

 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 ori prin intermediul asiguratului;