**PRESCRIPŢIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE**

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

\_

Unitatea medicală ........................... MF |\_| Ambulatoriu |\_| Spital |\_|

Adresa ...................................... \_

Stat membru: ROMÂNIA

CUI ........................

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

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

(pentru medicul care întocmeşte prescripţia medicală - recomandarea)

Nr. contract ............... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ............................ se completează cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital (numai pentru situaţiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmeşte prescripţie medicală - recomandare)

Nume, prenume medic ...................................

Cod parafă medic ..................

Specialitatea medicului prescriptor ...................

Date contact medic prescriptor:

- telefon/fax medic prescriptor .......................

(se va completa inclusiv prefixul de ţară)

- e-mail medic prescriptor ............................

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

(se va completa în întregime numele şi prenumele asiguratului)

2. Data naşterii ......................................

3. Domiciliul .........................................

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

5. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate: .....................

6. Deficienţa organică sau funcţională

- nu este ca urmare a unei boli profesionale |\_|

(se bifează căsuţa)

- nu este ca urmare a unui accident de muncă |\_|

ori sportiv. (se bifează căsuţa)

7. Pentru stomii şi retenţie sau/şi incontinenţă urinară se bifează una dintre căsuţele:

\_ \_

|\_| permanent |\_| set modificat Sunt de acord cu modificarea setului|\_|

|\_| temporară Semnatura asigurat…………………

 Se recomandă ................ zile (maximum 90/91/92 zile)- se completează numai în cazul dispozitivelor recomandate pentru o perioadă temporară.

8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă, suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP și dispozitive de asistare a tusei se bifează una dintre căsuţele:

- cu certificat de încadrare în grad de handicap |\_|

grav sau accentuat, definitiv

- cu certificat de încadrare în grad de handicap |\_|

grav sau accentuat

- fără certificat de încadrare în grad de handicap |\_|

grav sau accentuat

Se recomandă ..................... zile/luni (maximum 90/91/92 zile sau 12 luni)- se completează numai în cazul dispozitivelor recomandate pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap grav sau accentuat definitiv.

9. Pentru fotolii rulante se bifează una dintre căsuţele:

|\_| perioadă nedeterminată

|\_| perioadă determinată; se recomandă ..................... zile (maximum 90/91/92 zile)

10. Pentru protezele de membru inferior se bifează una dintre căsuţele:

|\_| proteză provizorie

|\_|proteză definitivă

11. Dispozitive medicale ce se pot acorda pereche:

|\_| dreapta |\_| stânga

12. Denumirea şi tipul dispozitivului medical recomandat:

(din anexa nr. 38 la ordin\*\*))

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

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

13**. Numărul și data** înregistrării atestatului în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului – Somnologie.......................................................

(se va completa de către medicii care recomandă suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, aparate de ventilaţie noninvazivă, aparate de administrare continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

**Numărul și data** înregistrării atestatului în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie şi titrare CPAP/BPAP........................................................ (se va completa de către medicii care recomandă suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, aparate de ventilaţie noninvazivă, aparate de administrare continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

**Numărul și data** înregistrării atestatului în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilaţie non-invazivă......................................................... (se va completa de către medicii care recomandă aparate de ventilaţie noninvazivă și dispozitive de asistare a tusei)

**Data emiterii prescripţiei ...............**

**Semnătura (olografă sau electronică, după caz) şi parafa medicului**

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

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

\*\*) Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Notă:

Recomandarea se eliberează în 2 exemplare.

Recomandarea se eliberează numai dacă deficienţa organică sau funcţională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.