**ANEXA nr. 43:** **SCRISOARE MEDICALĂ - 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 în 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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Notă: Se va specifica durata pentru care se poate prescrie de medicul din ambulatoriu, inclusiv medicul de familie, fiecare dintre medicamentele recomandate.**

**ATENŢIE!**

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

**Valabilitatea scrisorii medicale începe de la data eliberării acesteia.**

**Valabilitatea este în concordanţă 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