

Denumire Furnizor .....  
Medic .....  
Contract/convenție 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 ..... /a fost internat în perioada ..... nr. F.O./nr. din Registrul de consultații .....

Motivele prezentării:

.....

.....

Pacient diagnosticat cu afecțiune oncologică DA  /NU

Diagnosticul și 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 informații 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.**

## ATENTIE!

Nerespectarea obligației medicului de specialitate din ambulatoriu clinic de specialitate sau din spital de a iniția tratamentul prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, astfel cum este prevăzut în protocoalele terapeutice, precum și de a elibera prescripția medicală / bilete de trimis / concediu medical / recomandări pentru îngrijiri la domiciliu / prescripții pentru dispozitive medicale în fiecare caz pentru care este necesar, se sanctionează 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 conduită terapeutică recomandată, valabilitatea scrisorii medicale încețează în momentul în care medicul de familie recomanda pacientului reevaluarea stării de sănătate.**

## Indicație 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 informații:

-  S-a eliberat prescripție medicală, caz în care se va înscrie seria și numărul acesteia

-  Nu s-a eliberat prescripție medicală deoarece nu a fost necesar

-  Nu s-a eliberat prescripție medicală

Se completează obligatoriu una dintre cele trei informații:

-  S-a eliberat concediu medical la externare/consultația din ambulatoriu, caz în care se va înscrie seria și 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 informații:

-  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 informații:

-  S-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu

-  Nu s-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu deoarece nu a fost necesar

Data .....

Semnătura și parafa medicului

.....

Calea de transmitere:

- prin asigurat
  - prin poștă .....
- 

\*) Scrisoarea medicală se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul în ambulatoriu de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieșire 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 ambulatoriu de specialitate, direct, prin poșta electronică ori prin intermediul asiguratului.

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