

N 7

4000

Anexă nr. 3
la Ordinul MS nr. 303 din 06.05.2010**ACORDUL INFORMAT LA INTERVENȚIA MEDICALĂ****Instituția Medico-Sanitară Publică DMDV**

Eu, subsemnatul, _____ prin prezentul îmi exprim acordul la proceduri de diagnostic/tratament necesare, inclusiv la testarea HIV prin metodele ELZA/Wblot, caracterul și scopul cărora mi-au fost explicate și propuse de către medicul _____.

Procedurile vor fi efectuate la recomandarea medicului de către asistentele medicale, special pregătite în acest domeniu. Utilajul și medicamentele pentru acordarea asistenței de urgență sunt disponibile.

Eu am înțeles tot ce mi-a explicat medicul și am primit răspuns la toate întrebările mele. Benevol îmi exprim consimțământul conștient pentru efectuarea procedurilor descrise. Concomitent îmi asum responsabilitatea pentru orice încălcare a regulilor de comportament și neîndeplinirea recomandărilor primite.

Data _____

Semnătura pacientului (reprezentantului legal) _____

Confirm, că eu am explicat pacientului caracterul, scopul, beneficiile și riscurile procedurilor descrise.

Data _____

Semnătura medicului _____

0004 4 v N1 / epate

**Consimțământul subiectului (pacientului) pentru prelucrarea datelor
cu caracter personal privind starea de sănătate
elaborat conform art. 7 din Legea privind protecția datelor
cu caracter personal nr. 133 din 08.07.2011**

Eu, subsemnatul (a) _____ prin prezentul,
îmi exprim acordul (consimțământul) pentru ca IMSP Dispensarul Municipal Dermatologic
să prelucreze datele cu caracter personal privind starea mea de sănătate.

În caz de necesitate de a fi consultat de către medicii din instituție sau de către medicii
din alte instituții medicale, consimt transmiterea datelor cu caracter personal privind starea de
sănătate către acești medici ai instituției în scopul consultului meu și în scopul examinării
cererilor și petițiilor depuse de mine.

Semnat de mine personal

Data _____

Semnătura _____

nr 30000



DISPENSARUL
DERMATO-VENEROLOGIC MUNICIPAL

Analiză la _____

Numele, prenumele _____

Vârsta _____ Cab. nr. _____

Medicul _____

Data colectării _____

Diagnoza _____

Data eliberării _____

Medicul laborant _____

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII REPUBLICII MOLDOVA

1000

13

POLICLINICA DMDV

FIȘA MEDICALĂ NR.

SECTORUL NR. _____

Numele, prenumele, patronimicul _____

Anul nașterii _____

Adresa _____

DISPENSARUL MUNICIPAL DERMATO-VENEROLOGIC
denumirea institutiei
EXAMENUL SECRETULUI DIN ORGANELE
UROGENITALE nr. _____

data recoltării _____ 20__

Numele, prenumele _____

Familia, имя, отчество _____

Vârsta _____

Возраст _____

Cab. _____

Secret prelevat din:

Организм из:

	colul uterin шейка матки	canalul uretral мочеиспускатель- ного канала	vagin вагина
Epitelii Эпителий			
Leucocite Лейкоциты			
Eritrocite Эритроциты			
Microflora Микрофлора			
Trichomonas Трихомонады			
Gonococi Гонкокки			
Levuri Кандиды			
Celule „cheie” «Ключевые» клетки			

Semnătura medicului de laborator _____
Подпись врача-лаборанта

Data eliberării rezultatului „ _____ ” _____ 20__

Дата выдачи результатов _____ 20__

15

2000

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Министерство здравоохранения Республики Молдова

DOCUMENTAȚIE MEDICALĂ
Formular nr. 025/e
Форма

deputarea instituției - наименование учреждения
Амбулатория № 103
103

FIȘA MEDICALĂ A BOLNAVULUI DE AMBULATOR Nr. _____
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

Numele _____
Фамилия _____

Prenumele _____
Имя _____

Sex B / F _____
Пол М / Ж _____
Data nașterii _____
Дата рождения _____
ziua, luna, anul _____
число, месяц, год _____

Adresa _____
Адрес _____

Telefon: domiciliu/serviciu _____
телефон: домашний/служебный _____

Ds: _____

căsătorit _____
celebatar _____

09/01/20
TW 5 2/2011 N 5 Euborae

PROBLEMA/ANAMNEZUL
ANAMNEZUL
PLAN DE INVESTIGAȚII
PROBLEMA/ANAMNEZUL
ANAMNEZUL
PROBLEMA/ANAMNEZUL
ANAMNEZUL

Eu _____ am primit o informație amplă în privința diagnosticului, particularităților decurgerii maladiei de care sufer, duratei și prognosticul tratamentului.

Am fost deasemenea informat în privința planului de examinare și tratament.
Am fost cunoscut cu necesitatea respectării regimului pe parcursul tratamentului, administrarea corectă a medicamentelor, informarea medicului în caz de agravare a procesului sau a necesității administrării altor preparate ne prescrise de medic.

Am fost avertizat, că nerespectarea recomandărilor medicului, regimului administrării preparatelor, autotrătatamentul pot complica decurgerea bolii, și pot influența negativ starea sănătății. Am fost informat despre metodele alternative de tratament.

Benevol am fost testat la infecția cu HIV și am avut posibilitate de a adresa întrebări referitor la această infecție și consecințele ei, la care am primit răspuns.

” _____ 20 _____ Semnătura pacientului _____

Semnătura medicului _____

Aspecte adverse aparute în cursul tratamentului

1998-2-15

1000 N5

Tafelva

Calea depistării

Acuze la adresare

Anamneza bolii

Starea familială
C/sexuale

ITS suportate

Maladii suportate antecedent

Anamneza alergologică

Data ultimei menstruații

Tabloul clinic

Sarcini

Avorturi

Indicați starea de sănătate a pacientului în momentul depunerii raportului

Diagnosticul clinic

N 5 Spale

PLAN DE INVESTIGAȚII

- Protiu urogenital** Pr Ur C V R Secreție prostatică
- Bacteriologie:** Gn Trih Candida Flora+Abgr
- Teste la SIFILIS:** CRS TPHA EIA IgM IgG Immunoblot IgM IgG
- Imunologia:** Ag Hlamidia Hlam IgM+G Ureaplazma IgG Micoplazma IgG
- Test HIV HbsAg HCV HSV CMV Toxopl.

Alte investigații

Rezultatul investigațiilor

Diagnosticul final

Tratament

Reacții adverse apărute în cursul tratamentului

Ministerul Sănătății al RM

400000

DOCUMENTAȚIE MEDICALĂ

Formular nr. 025-2/e

Aprobat de MS al RM nr. 828 din 31.10. 2011

denunțarea și codul instituției de asistență medicală primară, sectorul medical 1). 2).

TICHET STATISTIC
de evidență a diagnosticului definitiv (precizat)

3). Numele, prenumele _____ Codul personal (IDNP) _____
Sex: masculin/feminin

4). Data nașterii (ziua, luna, anul)

5). Elev: pînă la 14 ani inclusiv, 15-17 ani inclusiv, 18 ani și mai mult (de specificat).

6). Adresa la domiciliu _____
Locuitor: urban, rural (de specificat). Locuiește în raionul deservit: da, nu (de specificat).
Lucrează: da, nu (de specificat).

7). Diagnosticul definitiv (precizat). La bolnavii cu traume – caracterul și localizarea	Stabilit caz nou în viață se notează (+)	Cifru conform CIM revizia a X

8). *În locul diagnosticului anterior _____

Cifru conform CIM revizia a X _____

9). Afecțiunea a fost relevată în timpul adresării după tratament - 1,
în timpul examenului profilactic - 2 (de specificat)

10). Tipul traumei sau intoxicației:

10.1). Legată de producere la întreprinderi*) din: industrie - 1, construcții - 2, agricultură - 3,
alte - 4 (de specificat)

*) Forma de proprietate a întreprinderii: de stat - 1, privată - 2, mixtă - 3 (de specificat)

10.2). Nu e legată de producere: prin accident rutier - 1, de stradă, cu excepția accident rutier - 2,
școlară - 3, sportivă - 4, habituală - 5, altele - 6 (de specificat)

Trimis în staționar: da, nu (de specificat)

Data vizitei _____

ziua luna anul

Semnătura și ștampila medicului _____

* Punctul 8 se completează când la punctul 7 în locul diagnosticului înregistrat anterior, în foaia de înregistrare a diagnosticilor definitive (precizate) a formularului nr. 025/e, se înscrie un diagnostic nou.

denumirea instituției
наименование учреждения

Arrobat de MS al RM nr. 828 din 31.10.2011
Утверждена МЗ РМ

DOCUMENTAȚIE MEDICALĂ
Формуляр nr. 029/e
Форма

REGISTRU
ДЕ ЕВИДЕНȚА А ПРОСЕДУРІЛОР

ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРОЦЕДУР

Cabinetul _____
Кабинет _____

Început « _____ » _____ 20 _____
Начат _____

Terminat « _____ » _____ 20 _____
Окончен _____

NOTĂ:
ПРИМЕЧАНИЕ:

1. Pentru procedurii de o singură dată registrul roate fi completat într-o formă mai simplă, în care după rubrică se lasă numai o rubrică pentru a însemna data efectivității tratamentului.
Для разовых процедур можно вести журнал упрощенной формы, в котором после гр. 5 оставляется только одна графа для отметки даты проведения процедуры.
2. În instituțiile curativ-profilactice mai pot fi completate registre separate pentru fiecare fel de procedură.
В крупных лечебно-профилактических учреждениях можно вести отдельные журналы на каждый вид процедур.

denumirea instituției
 наименование учреждения

КАРТА
 ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ЗАПИСИ
 НА ПРИЕМ К ВРАЧУ

la « _____ » _____ 20____
 на _____

Numele, prenumele medicului _____, cabinetul _____
 Фамилия, имя, отчество врача _____ кабинет _____

Număr de ordine № п/п	Ora programată Часы приема	S-a prezentat, ora, min. Явился, час, мин.	Statutul pacientului Статус пациента asigurat (1) neasigurat (2)	Numele, prenumele Фамилия, имя, отчество	Ziua, luna, anul nașterii Число, месяц, год рождения	Sex M/F Пол М/Ж	Categoria de vârstă* Возрастная категория	Adresa la domiciliu Домашний адрес	Tipul vizitei primară (I), repetată (II), profilactică (P) Тип посещения: первичное (I), повторное (II), профилактическое (P)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

*1 - de la 0 ani pînă la 4 ani 11 luni, 29 zile, от 0 лет до 4 лет 11 мес. 29 дн.,
 2 - de la 5 ani pînă la 17 ani 11 luni, 29 zile, от 5 лет до 17 лет 11 мес. 29 дн.,
 3 - de la 18 ani pînă la 49 ani 11 luni, 29 zile, от 18 лет до 49 лет 11 мес. 29 дн.,
 4 - de la 50 ani și peste, от 50 лет и старше.

19 4000

Aprobat de MS al RM 01.10.2012 Nr. 960
Formularul de rețetă nr. 1
pentru prescrierea și livrarea medicamentelor
(dimensiuni 100mm x 200mm)

Ștampila de antet a instituției medico-sanitare

Medicul _____ tel. _____

R E T E T Ă

Data prescrierii rețetei
" ____ " 20 ____

(numele și prenumele bolnavului)
Vârsta ____ ani

Preț

Rp.:

I.P. Semnătura și parașa medicului _____

Rețeta e valabilă 30 zile, 2 luni (specificați)

10/3000
Verso
formularului de rețetă nr. 1

CĂLĂUZA MEDICULUI

este obligatorie îndeplinirea tuturor compartimentelor prevăzute în formular;

amprenta ștampei de antet a instituției medico-sanitare trebuie să fie vizibilă, pentru a fi ușor determinată denumirea și numărul instituției. Dacă denumirea instituției medico-sanitare este aplicată de tipar, atunci ștampila de antet nu se aplică;

denumirea comună internațională a medicamentului industrial, conținutul formei medicamentoase magistrale (denumirile ingredientelor), adresa către farmacist despre prepararea formei medicamentoase și eliberarea ei din farmacie se prescrie în limba română sau latină, cîțet, clar cu cerneală sau pix; sunt interzise corectările;

se admite prescrierea pe un formular numai a unui medicament din grupa stupefiantelor, psihotropelor sau precursorilor;

se admit numai abrevierile specificate în "Regulile generale de prescriere a medicamentelor";

cantitatea substanțelor lichide se prescrie în mililitri, grame sau picături; a celor solide – în grame sau unități de acțiune;

modul de administrare se scrie în limba română sau în limba vorbită de pacient; nu se admit specificatii de ordin general: "Cunoscut", "Conform schemelor", etc.;

semnătura medicului se confirmă cu parafa personală; specificarea termenului valabilității rețetei se face prin bararea inutilului.

Data	A	A	A	A
recepționat		preparat	verificat	eliberat