

REGISTRUL sala de triaj

Registrul început « _____ » _____ 20__

Terminat « _____ » _____ 20__

REGISTRU DE EVIDENȚĂ

REGISTRU
DE EVIDENȚĂ A MEDICAMENTELOR

Început la „_____” _____ 20__

Terminat la „_____” _____ 20__

IMSP CLINICA UNIVERSITARA ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

Aprobat ord MS RM N 97/95-A

din 22.02.2016

REGISTRUL

de evidenta preparatelor
analogi de insulina si vasopresina

inceput 02.01.2019

**Ministerul Sănătății
al Republicii Moldova**

**Fișa medicală
personală**

ANUL

Data	Concluzia medicului, admiterea în serviciu	Semnătura medicului
------	--	---------------------

Locul de muncă _____

--	--	--

**Acordul informat
la intervenția medicală**

Instituția medico-sanitară publică _____
Eu, subsemnatul, _____ prin prezentul îmi
exprim acordul (consimțământul) la următoarele proceduri de diagnostic/tratament
prin următoarele metode: _____

caracterul și scopul cărora mi-au fost explicate și propuse de către medicul, _____

Eu am fost informat și am înțeles că aceste metode sunt efectuate prin utilizarea
dispozitivelor (aparaturilor) _____

special destinate metodelor propuse de diagnostic/tratament. Procedurile vor fi efec-
tuate la recomandarea medicului de către asistentele medicale, special pregătite în
acest domeniu.

În cadrul efectuării procedurilor de tratament eu voi fi conectat la aparatul (dis-
pozitivul) medical prin intermediul _____
și voi avea senzații _____

(vibrație, mici înțepături, căldură, caracteristice acestor forme de tratament).

Mie mi s-a explicat despre beneficiile acestor metode de diagnostic și tratament,
care nu au un grad absolut de eficacitate și despre consecințele nedorite ce pot duce în
anumite cazuri rare la complicații grave și chiar moarte.

Vor fi luate toate măsurile de preîntâmpinare care constau în supravegherea atentă
a stării mele de către personalul medical mediu în procesul tratamentului, iar utilajul
și medicamentele necesare pentru acordarea asistenței medicale de urgență sunt dis-
ponibile.

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 de-
scrise. 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 _____

Data _____

Semnătura pacientului
(reprezentantului legal)

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

Data _____ Semnătura medicului _____

Data _____

Semnătura pacientului
(reprezentantului legal)

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

Data _____ Semnătura medicului _____

Data _____

Semnătura pacientului
(reprezentantului legal)

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

Data _____ Semnătura medicului _____

Data _____

Semnătura pacientului
(reprezentantului legal)

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

Data _____ Semnătura medicului _____

Data _____

Semnătura pacientului
(reprezentantului legal)

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

Data _____ Semnătura medicului _____

**Instituția Medico Sanitară Publică Clinică Universitară de AMP
a USMF „Nicolae Testemițanu”**

**Declarația de consimțământ
privind prelucrarea datelor cu caracter personal**

Eu, subsemnatul, _____
prin prezentul _____ (numele, prenumele)
am fost informat despre drepturile mele în calitate de subiect de date cu caracter personal prevăzute de Legea nr.133 din 8 iulie 2011 privind protecția datelor cu caracter personal.

Prin prezența declar că sunt de acord și dau consimțământul pentru ca IMSP Clinica Universitară de AMP „N. Testemițanu” să prelucreze datele mele cu caracter personal în scopul prestării serviciilor medicale, inclusiv 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 mea de sănătate către acești medici și aceste instituții în scopul consultului meu și în scopul examinării cererilor și petițiilor depuse de mine.

Semnat de mine personal.

Data _____

Semnătura _____

MS al RM

DOCUMENTATIE MEDICALA

DENUMIREA INSTITUTIEI
(care indreapta proba)
IMSP Clinica Universitară de AMP
a USMF „Nicolae Testemițanu”

36
FORMULAR NR/201/e
APROBAT DE MS AL RM
NR / 828 DIN 31/10/2011

TRIMITERE LA ANALIZA NR _____.

ORA

DATA RECOLTARII

ANUL

Numele, Prenumele _____ Adresa _____
Nr. de identificare _____ Nr. politei de asigurare _____
Institutia _____ Sectorul CMF _____
Nr. fisei medicale _____ Tipul probei recoltate _____

___ INSAMINTAREA LA GN _____
___ BACSCOPIA LA FUNGI _____
___ INSAMINTAREA LA FLORA _____
___ INSAMINTAREA LA TR _____
___ INSAMINTAREA LA CANDIDA SI FUNGI _____

Medicul, solicitantul analizei, _____

Diagnosticul _____

Semnatura persoanei responsabile de recoltare _____

Rezultatul _____

Data : _____ Semnatura persoanei responsabile de analiza _____

USMF „NICOLAE TESTEMIȚEANU”
CLINICA UNIVERSITARĂ DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

NOTĂ DE PLATĂ

c/f

Subdiviziunea _____

Numele pacientului _____

Domiciliul _____

Codul serviciului

Denumirea

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medic _____

Nr. bonului _____

Casier _____ Data „____” _____ 20__

CERTIFICAT MEDICAL

Eliberat copilului

vîrsta _____ ani, precum ca el/ea a fost bolnav (a)

în perioada de la " _____ " _____ 20 _____

pînă la " _____ " _____ 20 _____

DIAGNOZA: _____

Disfuncții intestinale n-a avut. Poate frecvența colectivul de copii.
La domiciliu boli infecțioase nu au fost înregistrate. F-20 negativ.

Medic de sector: _____

" _____ " _____ 20 _____

F.N.P. pacientului _____

Adresa pacientului _____

Accept efectuarea vaccinării împotriva _____

Sunt informat(ă) de posibilele reacții postvaccinale ce pot
interveni după imunizare.

Data _____ Semn. pacientului _____

Semnăt. lucrăt. medical _____

Data _____ doza _____ seria _____

vacina la vaccini



Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

Министерство здравоохранения Республики Молдова

Documentație medicală, formular 063-5/e

Медицинская документация, форма 063-5/e

Aprobat prin ordinul MS RM din 11.11.2013 nr.1265

Утверждена приказом МЗ РМ от 11.11.2013 № 1265

FIȘA Nr. 3 DE COMANDĂ LUNARĂ A STOCULUI DE VACCINURI, SERINGI PENTRU INSTITUȚII MEDICALE

КАРТА № 3 МЕСЯЧНОЙ ЗАЯВКИ ВАКЦИН, ШПРИЦОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

RAION / ORAȘ РАЙОН / ГОРОД				La sfârșit de lună faceți bilanțul stocului de vaccinuri și seringi rămase în instituție Determinați câte persoane și cu ce vaccinuri vor trebui să fie vaccinate luna viitoare Folosiți factorii de pierdere conform dării de seamă lunare privind vaccinările preventive Prezentaj această Fișă completată în două exemplare în prima săptămână a lunii la instituția de unde primiți vaccin					
INSTITUȚIA MEDICALĂ МЕД. УЧРЕЖДЕНИЕ									
PENTRU LUNA НА МЕСЯЦ		201__		В конце месяца подведите итог остатков вакцин и шприцев в учреждении Определите сколько лиц и какими вакцинами предстоит прививать в следующем месяце Используйте фактор потерь согласно месячному отчету о проведенных прививках Отнесите заполненную в двух экземплярах Карту в течение первой недели месяца в медучреждение откуда вы получаете вакцину					
SEMNĂTURA ПОДПИСЬ		DATA ДАТА							
DENUMIREA НАИМЕНОВАНИЕ	REST LA ÎNCEPUTUL LUNII ОСТАТОК В НАЧАЛЕ МЕСЯЦА			NUMARUL DE PERSOANE CARE VOR FI ÎMUNIZATE КОЛ-ВО ЛИЦ ПОДЛЕЖАЩИХ ИММУНИЗАЦИИ	FACTOR ESTIMAT DE PIERDERI ПЛАНИРУЕМЫЙ ФАКТОР ПОТЕРЬ	CANTITATE NECESARĂ DE VACCIN, SERINGI ТРЕБУЕМОЕ КОЛИЧЕСТВО ВАКЦИН, ШПРИЦОВ	DE ELIBERAT К ВЫДАЧЕ		
	NR. DOZE / UNITĂȚI КОЛИЧЕСТВО ДОЗ / ЕДИНИЦ	TERMEN VALABILITATE СРОК ГОДНОСТИ	AMBALAJ (doze / flacon) ФАСОВКА (доз в флаконе)				CANTITATE (doze/unități) КОЛИЧЕСТВО (доз / единицы)	AMBALAJ (doze / flacon) ФАСОВКА (доз в флаконе)	ADNOTĂRI și STADIUL TIF ПРИМЕЧАНИЯ и СТАДИЯ ТИФА 1 2 3 4
A	B	C	D	E	F	G = E x F	H	I	J
1.1	Hep B Геп.В								
1.2	BCG БЦЖ								
1.3	VPO ОПВ								
1.4	VPI ИПВ								
1.5	DTP-HepB-Hib АКДС-ГепБ-Хиб								
1.6	Rotaviral Ротавирусная								
1.7	Pneumococic Пневмококковая								
1.8	ROR 1 doză КПК -1 доза								
1.9	DTP АКДС								
1.10	DT -pediatric АДС-детская								
1.11	Td - adulti АДС-м-взросл.								
1.12	ROR multidoză КПК - многодозов.								
II.1									
II.2									
II.3									
III.1	Seringi BCG Шприцы БЦЖ								
III.2	Seringi AB 0,5ml Шприцы СБ 0,5мл								
III.3	Seringi 2 ml Шприцы 2мл								
III.4	Seringi 5,0ml Шприцы 5,0мл								
III.5									
III.6	Cutii de ardere a seringilor Контейнер для сжигания шприцев								
CONFIRMAT: RESPONSABIL PENTRU ELIBERAREA VACCINULUI УТВЕРЖДАЮ: ОТВЕТСТВЕННЫЙ ЗА ОТПУСК ВАКЦИН							DATA ДАТА		

FIȘA DE ÎNREGISTRARE A TEMPERATURII ÎN FRIGIDER, CONGELATOR
 ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ТЕМПЕРАТУРЫ В ХОЛОДИЛЬНИКЕ, МОРОЗИЛЬНИКЕ

INDICATORI AI LANȚULUI FRIG / ПОКАЗАТЕЛИ ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ

RAION / ORAȘ: LUNA/ANUL:
 РАЙОН / ГОРОД: МЕСЯЦ/ГОД:
 DENUMIREA INSTITUȚIEI MEDICALE:
 НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ:
 TIPUL ȘI Nr. DE EVIDENȚĂ A FRIGIDERULUI / CONGELATORULUI:
 МАРКА И ИНВЕНТАРНЫЙ НОМЕР ХОЛОДИЛЬНИКА / МОРОЗИЛЬНИКА:

Indicatori / Показатели	Da	Nu	Comentarii / Примечания
Regimul de temperatura e respectat Температурный режим соблюдается			
Frigiderul, congelatorul funcționează normal Холодильник, морозильник функционирует нормально			
Asigurare cu energie este permanentă Снабжение электроэнергией осуществляется постоянно			
Indicatorul de congelare e în normă Индикатор замораживания в норме			

DATA	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	31						
TEMP	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S			
+12																																					
+10																																					
+8																																					
+6																																					
+4																																					
+2																																					
0																																					
-2																																					
-4																																					
-6																																					
Înregistrarea temperaturii în congelator la Centrul de Sănătate Publică																Registración temperatura в морозильнике в Центре Общественного Здоровья																					
-14																																					
-16																																					
-18																																					
-20																																					
-22																																					
-24																																					

ÎN INSTITUȚIILE MEDICALE VACCINURILE SE PĂSTREAZĂ LA TEMP. +2°C +8 °C
 В МЕДИУЧРЕЖДЕНИЯХ ВАКЦИНЫ ХРАНЯТ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ ОТ +2°C ДО +8°C

TEMPERATURA RECOMANDATĂ PENTRU CONGELATOR DE LA -15 PÂNĂ LA -25 °C
 РЕКОМЕНДУЕМАЯ ТЕМПЕРАТУРА ДЛЯ МОРОЗИЛЬНИКА ОТ -15 °C ДО -25 °C

CONTROLAȚI TEMPERATURA DIMINEAȚĂ ȘI SEARA (D&S) ȘI NOTAȚI-O PRIN PUNCTE
 ПРОВЕРЯЙТЕ ТЕМПЕРАТУРУ УТРОМ (D) И ВЕЧЕРОМ (S) И ОТМЕЧАЙТЕ ТОЧКАМИ

NOTIFICAȚI LUNAR STADIU TERMOINDICATORULUI DE FLACON
 ЕЖЕМЕСЯЧНО ОТМЕЧАЙТЕ СТАДИУ ФЛАКОННОГО ТЕРМОИНДИКАТОРА

1 2 3 4

SE INTERZICE CONGELAREA VACCINURILOR HIVB, BCG, DTP+НерВ+Ніб, VPI, ROTA, PNEUMO, DTP, DT, Td, ROR, FVU, ANTIРABIC, GRIPAL
 ЗАПРЕЩАЕТСЯ ЗАМОРАЖИВАТЬ ВАКЦИНЫ ВГВ, БЦЖ, АКДС+ГепВ+Хиб, АДС, ИПВ, РОТА, ПНЕУМО, АКДС, АДС, АДСм, КПК, ПБЧ, АНТИРАБИЧЕСКУЮ, ГРИППОЗНУЮ


ASIGURAȚI CURĂȚIREA ȘI DEZGHEȚAREA
 ОБЕСПЕЧЬТЕ ОЧИСТКУ И РАЗМОРАЖИВАНИЕ


ÎN LIPSA ENERGIEI ELECTRICE, NU DESCHIDEȚI FRIGIDERUL
 ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭЛЕКТРОЭНЕРГИИ НЕ ОТКРЫВАЙТЕ ХОЛОДИЛЬНИК


NOTIFICAȚI LUNAR STAREA MONITORULUI DE CONGELARE
 ЕЖЕМЕСЯЧНО ОТМЕЧАЙТЕ СОСТОЯНИЕ ИНДИКАТОРА ЗАМОРАЖИВАНИЯ


NORMA V ALARM X

Urmăriți culoarea indicatorilor pe flaconul cu vaccin!
 Наблюдайте за окраской флаконных индикаторов вакцин!

1  FOLOSIȚI vaccinul: pătratul e mai luminos ca cercul
 Используйте вакцину: Квадрат светлее чем круг

2  FOLOSIȚI vaccinul URGENT: pătratul e puțin mai luminos ca cercul
 Используйте вакцину УРГЕНТ: Квадрат менее светлее чем круг

3  NU folosiți vaccinul: patratul e de culoarea cercului
 НЕ используйте вакцину: Квадрат и круг одного цвета

4  NU folosiți vaccinul: patratul e mai întunecat ca cercul
 НЕ используйте вакцину: Квадрат темнее чем круг

Datele examinărilor medicale profilactice
Данные медицинских профилактических обследований

Anii Годы	20__	20__	20__	20__	20__	20__
Masa ponderală Вес						
Înălțimea Рост						
Tegumentele Кожные покровы						
Ganglionii limfatici Лимфатические узлы						
Glandele mamare Молочные железы						
Glanda tiroidă Щитовидная железа						
Tensiunea arterială Артериальное давление						
Tensiunea intraoculară Внутриглазное давление						
Microradiografia cutiei toracice Флюорография грудной клетки						
Reacția MRS Реакция MRS						
Glucosa sîngelui Сахар крови						
Colesterolul Холестерол						
Tușeul rectal Ректальное исследование						
Examenul ginecologic profilactic, inclusiv investigația citologică Профилактический гинекологический осмотр, в т.ч. цитологическое исследование						