Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova
Compania Națională de Asigurări în Medicină
IMSP Centrul Republican de Diagnosticare Medicală
MD-2025, mun.Chișinău, str. C.Vîrnav, 13

Formular **№ 1-19/r**
aprobat prin ordinal comun MS și CNAM
nr.**198** din **17.03.2014**

R E G I S T R U L

Persoanelor asigurate care au beneficiat de servicii medicale de înaltă performanță

		_____
codul		denumirea instituției medico-sanitare
		_____
codul		numele și prenumele medicului specialist

1. Persoana responsabilă de completare _____
2. Paginile se numerotează, se sigilează și se parafează de către conducătorul instituției.

Început ”_____”_____ 20___ Terminat “_____” _____20___

Nr. d/o	Data prestării serviciului medical	Numele, prenumele	Numărul poliței de asigurare	Numărul de identificare	Sex	Vîrsta	Domiciliu
1	2	3	4	5	6	7	8

Trimis de (cod IM)	Diagnosticul la trimitere (CIM-X^a)	Cod diagnostic (CIM-X^a)	Denumirea serviciului prestat																	Concluzie, rezultat
			FT3	FT4	T3	T4	TSH	ATTG	ATPO	FSH	LH	Cort	Test	Estr	Prog	Prol	DHEAS	ACTH	Calcit	
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

În prezentul registru sunt numerotate, șnuruite și parafate

_____ pagini
în litere

Conducător _____
semnătura

L.Ș. „_____” _____ 20___