

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

IMSP SR Criuleni

Secția _____

Salonul _____

**FIŞA MEDICALĂ
A BOLNAVULUI DE STĂTIONAR**

Nr. _____

Numele _____

Prenumele _____

Patronimicul _____

Medicul curant _____

Internat _____

Externat _____

MINISTERUL SANITATII, MUNCII SI PROTECTIEI SOCIALE
REPUBLICA MOLDOVA

IMBEPĂRȚARE CIVILĂ

Control la pediculoză (f 132) parțială

Data _____

Prelucrarea sanitară completă,

S-a efectuat la data _____

Control la scabie (f 133)

Data _____

As. med. de gardă _____

Hepatita virală _____

Cu regimul spitalicesc sunt cunoscute(ă), în caz de încălcare voi fi externat(ă)

Data _____

Semnătura bolnavului(ei) _____

denumirea instituției

Secția , salon nr.

FIȘA MEDICALĂ A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR nr.

1.

numele, prenumele, patronimicul bolnavului

2. Identificarea bolnavului:Cetățenia: RM(1) Strain(2) Se completează numai pentru bolnavii care dețin număr de identificare (IDNP)
.....

.....

.....

Se completează numai pentru bolnavii străini

.....

.....

Se completează numai pentru bolnavii cetățeni ai RM, care nu dețin număr de identificare

.....

.....

.....

.....

Persoane care dețin acte de identitate provizorii în conformitate cu HG RM nr.42 din 17.01.1995

.....

.....

.....

.....

3. Data nașterii: ziua luna anul , vîrstă zile / luni / ani (de specificat)

4. Locul de trai , , , , , nr.

municipiu/raionul

sectorul/localitatea

strada

nr.

5. Plătitor servicii medicale: asigurător (1), pacient (2) 6. Bolnav asigurat: da (1), nu (2) 7. Asigurător: CNAM (1), altă companie (2)

specificați denumirea

8. Numărul poliței de asigurare Valabilă pînă la ziua luna anul ora 9. Categoria bolnavului asigurat 10. Locul de muncă, profesia sau funcția.....
se completează în cazul cînd Asigurător este CNAM

pentru elevi – locul de studii, pentru copii – denumirea instituției preșcolare, scoli

11. Grupa sangvină A, B, AB, 0, Rh + / - 12. Sexul M(1), F(2) 13. Greutatea la naștere grame
se completează doar pentru nou-născuti

14. Reacții alergice la.....

15. Bolnavul fumează: da(1), nu(2) consumă zilnic alcool: da(1), nu(2) 16. Data internării: ziua luna anul ora

17. Tipul internării: urgent (1), programat (2)

18. Trimis de: serviciul AMU(1), medicul de familie(2), medicul specialist de profil (3), transfer interspitalicesc (4)

....., la cerere (5)

denumirea instituției care a trimis sau transferat bolnavul

19. Internarea peste cîte ore după debutul bolii (traumei): 0-6 ore (1), 7-24 ore (2), peste 24 ore (3)

20. Diagnosticul de trimitere

.....

cod diagnostic

21. Diagnosticul la internare

.....

cod diagnostic

22..... IDNP medic

.....

semnatura și parafa medicului de gardă

23. Diagnosticul clinic (se indică în termen pînă la 72 ore după internare).....

--	--	--	--	--

cod diagnostic

24. Diagnosticul principal la externare (clinic definitiv).....

--	--	--	--	--

cod diagnostic

25. Diagnostice secundare la externare (complicații/maladii concomitente):

--	--	--	--	--

cod diagnostic

--	--	--	--	--

cod diagnostic

--	--	--	--	--

cod diagnostic

--	--	--	--	--

cod diagnostic

--	--	--	--	--

cod diagnostic

--	--	--	--	--

cod diagnostic

26..... IDNP medic

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

semnătura și parafă medicului curant

27. Data externării: ziua luna anul ora

28. Tipul externării: externat (1), externat la cerere (2), decedat (3), transfer interspitalicesc (4)

29. Starea la externare: vindecat (1), ameliorat (2), fără schimbări (3), agravat (4), decedat (5)

30. Capacitatea de muncă: restabilită complet (1), scăzută (2), temporar pierdută(3), pierdută total (4), pierdută

în legătură cu maladia dată (5), cu alte cauze (de înscris) (6).....

31. Deces: gravidă (1), la naștere (2), în cursul spitalizării (fără operație) (3), intraoperator (4), postoperator: (0-23 ore) (5), peste 24-47 ore (6), peste 48 ore (7)

32. Nr. zile spitalizate: , inclusiv asigurate de către Asigurător: de la..... pîna la....., contra plată: de la..... pîna la.....

33. Mențiuni cu privire la eliberarea certificatului de concediu medical: nr..... de la pîna la , nr..... de la pîna la

34. Interventia chirurgicală principală.....

--	--	--	--	--	--	--

cod intervenție chirurgicală

35. Începutul intervenției chirurgicale principale: ziua luna anul ora

36. Sfîrșitul intervenției chirurgicale principale: ziua luna anul ora

37. IDNP medic

semnătura și parafa medicului operator principal

38. Transfer intraspitalicesc:

Secția	Data intrării (cu oră)	Data ieșirii (cu oră)	Nr. zile spitalizate

39. Pentru internații la expertiză – concluzia.....

40. Alte intervenții chirurgicale, proceduri medicale și explorări funcționale

118

ACORDUL INFORMAT LA INTERVENȚIA MEDICALĂ

Instituția medico-sanitară publică _____

Eu, subsemnatul, _____ prin prezentul îmi exprim acordul (consumământul) 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 (aparatelor) _____

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

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

(vibrăție, 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 nedoreite 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 disponibile.

Eu am înțeles tot ce mi-a explicat medicul și am primit răspuns la toate întrebările mele.

Benevol îmi exprim consumământul 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 _____

Anexa nr. 1
la Fișa medicală a bolnavului
de staționar Formular nr. 003/e-2012

EXAMINAREA MEDICALĂ PRIMARĂ A BOLNAVULUI

data _____ **luna** _____ **anul** _____ **ora** _____

ZILNIC

ZILNIC

ZILNIC

ZILNIC

ZILNIC

INVESTIGAȚII DE LABORATOR ȘI EXPLORĂRI FUNCȚIONALE

ZILNIC

Fișă medicală a bolnavului de staționar nr.
Мед. карта стационарного больного

Anexă la formularul Вкладыш к форме nr. 003/e

numele, prenumele bolnavului
фамилия, имя, отчество больного

EPICRIZĀ ЭПИКРИЗ

Semnătura medicului Подпись врача

Concluzia patologică (histologică):
Патологическое (гистологическое) заключение:

Diagnosticul patomorfologic: Патоморфологический диагноз:

a) de bază _____
основной

b) complicația diagnozului de bază _____
осложнение основного диагноза

c) concomitant _____
сопутствующий

Semnătura medicului _____
Подпись врача