

ANEXA A

**SPITALUL/CABINET MEDICAL CARE SOLICITĂ TRANSPORT SANITAR/MEDICAL
PENTRU CONSULT INTERCLINIC /INVESTIGAȚII/RECUPERARE/EXTERNARE**

.....

CĂTRE SERVICIUL JUDEȚEAN DE AMBULANȚĂ MEHEDINȚI

SECȚIAETAJSALON.....MEDICUL.....

DATE DE CONTACT ALE MEDICULUI: TEL. FIX.....INT.....

TEL. MOBIL.....

PACIENTUL:

NUME PRENUME Sex VÂRSTA

DOMICILIUL ÎN JUDEȚUL LOCALITATEA

STR.....NR.....APT.....ETAJTEL.....

TEL. APARTINĂTOR PACIENT

DIAGNOSTIC DE INTERNARE/TRANSFER/EXTERNARE

.....

DIAGNOSTIC LA MOMENTUL SOLICITĂRII

.....

DIAGNOSTICUL PREZUMTIV PENTRU CONSULT DE SPECIALITATE/EXAMEN

PARACLINIC/PROCEDURA TERAPEUTICĂ

.....

TRANSFERUL/CONSULTUL A FOST AUTORIZAT LA: SPITALUL

.....SECȚIA

AVIZ MEDICNR. TEL.

DATA CONSULTORA CONSULT.....Interval orar

OBSERVAȚII:

NECESITĂ CADRU MEDICAL DA NU

PERS. AUXILIAR DA NU

PARAMEDIC DA NU

ÎNSOȚITOR DA NU

NECESITĂ MONITORIZARE DA NU

TRATAMENT PE TIMPUL TRANSPORTULUI DA NU

NECESITA TARGĂ/CARUȚ DA NU

Semnătura și Ștampila
MANAGER/DIRECTOR MEDICAL

Semnătura și Parafa
SEF SECȚIE/MEDIC GARDĂ-CURANT