

B) FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament

URGENȚĂ: DA/NU

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ țintă/segment anatomic de examinat

- | | | |
|---|---|----------------------|
| 1. Pacient: Nume | Prenume | telefon |
| 2. Cod numeric personal | | |
| 3. Greutate | Kg | Programare examen CT |
| 4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU | | |
| Alte case | Data: | |
| | Ora: | |
| 5. Internat DA/NU - | | |
| Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)...../NU | |
| | *) Se va aplica semnătura și parafa medicului de specialitate radiologie și imagistică medicală | |
| 6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU | Precizări: | |
| 7. Dg. trimitere | | |
| | | |
| 8. Date clinice și paraclinice care să justifice explorarea CT: | Diagnostic CT stabilit | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 9. Examen CT anterior: DA/NU | | |
| 10. Toleranță la substanța iodată: DA/NU | | |
| Trimis de (spital, clinică) | | |
| Medic solicitant | Data: | |

Semnătura și parafa medicului solicitant

Aviz șef secție solicitantă cu asumarea responsabilității*):
(semnătura și parafa)

Pentru URGENȚE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi