

SPITALUL ORĂȘENESC NEGREȘTI-OAȘ

str.Victoriei nr.90 loc.Negrești-Oaș jud.Satu-Mare,cod postal 445200
tel.0261854830 fax.0261854566 e-mail:spitalnegrestioas@yahoo.com

SECTIE / COMPARTIMENT

SEF SECTIE

URGENȚĂ: DA NU

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ țintă/segment anatomic de examinat _____

1.Pacient:Nume _____ Prenume _____ Telefon _____

2. Cod numeric personal / cod unic de asigurare _____

3. Greutate _____ Kg | Programare examen CT: Data: _____

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU | Ora: _____

Alte case _____ |

5. Internat DA NU |

Secția _____ nr. FO _____ | Substanță contrast: DA*) _____/NU

*)Se va aplica semnătura și parafa medicului de specialitate radiologie si
imagistică medicală

6. S-au epuizat celelalte metode | Precizări: _____

de diagnostic: DA NU | _____

7.Dg.trimitere _____ | _____

8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic CT stabilit _____

să justifice explorarea CT: | _____

_____ | _____

_____ | _____

_____ | _____

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