

CMI _____

NUMAR F.O. PACIENT _____

APROB
MANAGER GENERAL/DIRECTOR MEDICAL

CATRE SERVICIUL DE AMBULANTA JUDETEAN BACAU

Subsemnatul DR. _____ va solicit transportul pacientei/-ului
_____ CNP _____ de sex M/ F
, cu domiciliul in judetul _____ localitatea _____ strada
_____ nr. _____ , sc. _____ , ap. _____ , telefon contact
_____ cu diagnosticul _____
catre Spitalul _____ sectia _____ Localitatea
_____ , judetul _____ in data de _____ la ora
_____ .

Solicit transportul pacientului pentru :

- Investigatii: _____;
- Internare in vederea stabilirii diagnosticului si tratamentului;
- Internare in vederea efectuarii procedurilor de recuperare senzitivo-motorie;

Solicit transport : Dus;

Dus – intors;

In vederea asigurarii asistentei medicale corespunzatoare pe timpul transportului , solicit urmatorul tip de echipaj in conformitate cu prevederile OMSP 1092 / 2006:

- Echipaj Medical de Urgenta cu Asistent medical(EMU-A)– (ambulanta B cu as.med. si ambulantier);
- Echipaj Transport sanitar cu Asistent medical(ET-A)- (ambulanta A cu as.med. si ambulantier) ;
- Echipaj Transport sanitar (ET) – (ambulanta A cu ambulantier/sofer);

Va informez de faptul ca : Nu am obtinut acordul spitalului primitor;

Am obtinut acordul spitalului primitor prin DR. _____

DATA SI ORA SOLICITARII

SEMNATURA SI PARAFA

ATENTIE

ADRESA SE VA TRIMITE PRIN FAX – 0234542820 – LA DISPECERATUL MEDICAL JUDETEAN UNIC AL SAJ BACAU
SAU

SE INMANEAZA COMANDANTULUI DE ECHIPAJ IN MOMENTUL PRELUARII PACIENTULUI DACA SOLICITAREA
S-A EFECTUAT PRIN APELAREA NUMARULUI 112

ECHIPAJ CE EFECTUEAZA TRANSFERUL : AS.MED. _____

AMBULANTIER _____

NUMAR INMATRICULARE AMBULANTA _____