**ANEXA A**

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

…………………………………………………………………………………………………………

**CĂTRE SERVICIUL JUDEȚEAN DE AMBULANȚĂ IAȘI**

**SECȚIA** …………………….ETAJ .........SALON.............MEDICUL…………………….......

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

TEL. MOBIL……....................….

**PACIENTUL:**

NUME …………………………… PRENUME ……………….... Sex ………. VÂRSTA ………..

**DOMICILIU Î**N JUDEȚUL …………………………….. LOCALITATEA …….............……. STR……………..NR………….APT…………….ETAJ ……………….TEL……...................…… TEL. APARȚINĂTOR 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 MEDIC** ………………………………………………………..NR. TEL. …………………………

**DATA CONSULT** …………………..ORA CONSULT……………**Interval orar** .....................

**OBSERVATII:**

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 Semnătura și Parafa

MANAGER/DIRECTOR MEDICAL SEF SECȚIE/MEDIC GARDĂ-CURANT