Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova
Compania Naţională de Asigurări în Medicină

Formular 1-09/r

aprobat prin ordinul comun MS şi CNAM

nr. 448/111-A din 23.06.2010

REGISTRUL
de evidenţă a solicitărilor asistenţei medicale urgente prespitaliceşti

codul

_____
denumirea staţiei AMU

1. Persoana responsabilă de completare _____

2. Paginile se numerotează, se sigilează şi se parafează de către conducătorului instituţiei

Început ”_____” 20___ Terminat ”_____” 20___

Nr. d/o	**Data şi timpul (ora, min) solicitării**	**Nume, prenume**	**Statutul pacientului** (1 - asigurat, 2 - neasigurat)	**Vîrsta**	**Sex**	**Domiciliu**	**Motivul solicitării**	**Solicitantul (a): funcţia, telefon**	**Diagnosticul** (CIM-X)
1	***2***	***3***	***4***	***5***	***6***	***7***	***8***	***9***	***10***

Tratamentul aplicat, modalitatea practică de rezolvarea solicitării	Semnătura medicului, care a acordat asistenţă medicală	Numele, prenumele felcerului, infirmierului, şoferului	Data şi timpul (ora şi min.)		Timpul deservirii solicitării	Gradul urgenţei				MENŢIUNI: Semnătura medicului de urgenţă, lista documentelor şi a valorilor materiale
			plecării	întoarcerii		majoră	gradul II	gradul III	transport medical asistat	
11	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*	*21*