



UNITATEA SANITARĂ
DEPARTAMENTUL

Tel.:
Fax:

Șef departament
.....

URGENTĂ: 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 | 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 URGENTE 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