



MINISTERUL TRANSPORTURILOR SI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IASI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, **E-mail:** secretariat@spitalcfiasi.ro

Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitalcfiasi.ro

Avizat Director medical
Dr. Cătălina CIOLPAN

Avizat Director financiar-contabil
Ec. Roberto-Cristian ROMAN

Aprobat Manager
Dr. Mihai GLOD

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Şef departament	URGENTĂ: DA/NU
-----------------	----------------

FISA 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
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.