



Str. Eternitate Nr. 45  
 Tel./fax: 0232-277017  
 Mobil: 0742 975 672

Nr. Reg.pacienți CT...../.....

URGENTĂ  DA  NU

## FIȘĂ DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ țintă/segment anatomic de examinat.....

1. Pacient: Nume..... Prenume ..... tel.....
2. Codul numeric personal ....., Adresă .....
3. Sex..... vârsta..... Greutate..... kg.
4. Este gravidă (*numai pentru femeile la vârsta de procreere*)  DA  NU; săptămâni (*pt. făt*).....
5. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ IAȘI  DA  NU  
 Alte case.....
6. Internat  DA  NU  
 Unitatea.....Secția .....nr. FO .....
7. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic  DA  NU
8. Diagnostic de trimitere.....
9. Date clinice și paraclinice care să justifice examinarea CT:  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....
10. Examen CT anterior:  DA  NU ; Unitatea.....
11. Toleranța la substanță iodată:  DA  NU .....
12. Trimis de (spital, clinică, CMI, etc).....
13. Medic ordonator .....Data.....

Semnătura și parafa medicului ordonator:

Pentru URGENTE rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1-2 ore iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri va fi disponibil în 24 ore.