|  |  |
| --- | --- |
| Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova Compania Naţională de Asigurări în Medicină | **Formular nr. 1-60/r**  aprobat prin Ordinul MS şi CNAM  nr. 1080/296-A din 31.12.2024 |

**R E G I S T R U L**

**persoanelor care au beneficiat de servicii medicale (*pentru care evidența se face per serviciu*) în**

**cadrul asistenței medicale specializate de ambulator**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codul denumirea prestatorului de servici medicale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codul numele și prenumele medicului specialist

Persoana responsabilă de completare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Început ”\_\_\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ Terminat ”\_\_\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_

Paginile se numerotează, se sigilează şi se parafează de către conducătorul prestatorului de servicii medicale

*Atenție!   
Prezentul registru conține date cu caracter personal prelucrate în conformitate cu prevederile Legii nr.133 din 08.07.2011 privind protecția datelor cu caracter personal.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. d/o** | **Data prestării servi­ciului medical** | **IDNP** | **Nume, prenume** | **Sex** | **Vârsta** | **Domiciliu** | **Trimis de** *(cod IM)* | **Diagnosticul la trimitere**  *(CIM-Xa)* | **Cod diagnostic**  *(CIM-Xa)* | **Denumirea serviciului prestat** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Instrucţiune de completare a registrului**

*Registru se completează pentru persoane asigurate din sistemul asigurări obligatorii de asistenţă medicală și persoanele neasigurate cu maladii social-condiționate*

**Coloana 1**  - se indică numărul de ordine al înscrierii;

**Coloana 2** - se indică data prestării serviciului medical;

**Coloana 3** - se indică numărul de identificare de stat (IDNP) al pacientului sau seria și numărul actului de identitate valabil în sistemul național de pașapoarte pentru persoanele care nu dețin IDNP;

**Coloana 4** - se indică numele și prenumele complet al pacientului;

**Coloana 5** - se indică litera respectivă de specificare a sexului pacientului: M sau F;

**Coloana 6**  - se indică vârsta pacientului (ani împliniți);

**Coloana 7 -** se indică adresa pacientului (după modelul: localitatea strada, numărul casei, numărul apartamentului);

**Coloana 8 -** se indică codul instituţiei medicale care a trimis persoana asigurată;

**Coloana 9** - se indică denumirea diagnosticului la trimitere conform Clasificării Internaționale a Maladiilor, revizia 10 a OMS;

**Coloana 10** - se indică codul diagnosticului conform Clasificării Internaționale a Maladiilor, revizia 10 a OMS;

**Coloana 11** - se indică denumirea serviciului prestat.