

DOMNULE PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul.....în calitate de
având CNP.....domiciliat în**telefon**.....
va rog să aprobați emiterea deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical.....

Nota (1): Data programării intervenției chirurgicale pentru implant lentile intraoculare:.....

Nota (2) : Persoana cu handicap DA / NU

Anexez :

1).**copie act identitate;**

2).**recomandare medicală -formular tip- Anexa nr.39D.** Prescripția medicală se eliberează în **3 exemplare**, dintre care **un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoțește cererea la casa de asigurări de sănătate și un exemplar rămâne la asigurat**, pe care îl predă furnizorului de dispozitive medicale împreună cu decizia de aprobare a dispozitivului medical **Conform Ord.MS/CNAS nr.619/360/2014; Prescripția medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoțită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu CAS .** Mențiunile pentru recomandarile emise în vederea obținerii **concentratoarelor de oxigen** se afla afisate pe site-ul cjasvs.ro si pe verso-ul prezentei cereri.

3).**audiograma tonala si vocala** cu numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate ;

4).**dovada calitatii de asigurat (cupon pensie, adev.salariat/ elev/student, pentru copii cu varsta de panala 14 ani-certificat de nastere)**

5).**copie dupa ultimul bilet de externare-numai pentru asiguratii care solicita catetere urinare**

Mentionez ca decizia o voi primi : PERSONAL-SUB SEMNATURA / PRIN CORESPONDENTA

Declar pe proprie raspundereca deficianta nu este ca urmare a unei boli profesionale/accident de munca ori sportiv .

Am luat la cunostinta faptul ca, potrivit prevederilor legale, in cazul acceptarii, cererile sunt supuse aprobarii si, ulterior, emiterii deciziei de aprobare , in limita fondurilor alocate, aprobate cu aceasta destinatie; **lista de asteptare** la aceasta data cuprinde cereri inregistrate din anul 2013.

Data

Semnatura asiguratului/imputernicitului

.....

.....

9. Echipamente pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvazivă

| NR. CRT. | DENUMIREA DISPOZITIVULUI (MEDICAL *) | TIPUL | TERMEN DE ÎNLOCUIRE |
|----------|---|------------------------|---------------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 |
| 1 | Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen**) | concentrator de oxigen | |

*) Aparatele se acordă numai prin închiriere

***) Aparatele de administrare continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere pentru următoarele afecțiuni:
Oxigenoterapie de lungă durată – durata administrării cotidiene este ≥ 15 ore/zi

Indicații:

a. pacienți cu insuficiență respiratorie cronică, cu hipoxie severă în repaos:

a.1 BPOC - cu una din condițiile:

- PaO₂ < 55 mmHG (sau Sat O₂ ≤ 88%), măsurată la distanță de un episod acut

- PaO₂ 55-59 mmHG (sau SatO₂ < 90%) măsurată la distanță de un episod acut, și/sau semne clinice de cord pulmonar cronic și/sau semne clinice de hipertensiune pulmonară, și/sau poliglobulie (Ht > 55%)

- VEMS postbronhodilatator < 50% din valoarea predictibilă

a.2 alte afecțiuni cu insuficiență respiratorie cronică obstructivă sau restrictivă, cu una din condițiile:

- pentru sindromul obstructiv PaO₂ < 60 mmHG (sau sat O₂ < 90%) și/sau semne clinice de cord pulmonar cronic, și/sau semne clinice de hipertensiune pulmonară, și/sau poliglobulie (Ht > 55%)

- pentru sindromul restrictiv, capacitatea pulmonară totală ≤ 60% din valoarea teoretică normală și semne clinice de hipoxie

Durata prescripției:

- din 3 în 3 luni, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii

Medici curanți care fac recomandarea:

- pneumologi, interniști, pediatri, cardiologi, oncologi