**REFERAT MEDICAL**

 Unitatea sanitară.....................

 Localitatea/Judeţ....................

 Nr. Convenţie.........................

 Nr.............Data.......................

 Subsemnatul Dr........................................................................medic primar/specialist cu cod parafă.........................................................................................propun evaluarea complexă în vederea încadrării în grad de handicap a domnului/doamnei...................................................................CNP.............................................cu domiciliul..în........................................................str.............................................................nr........ judet/sector.....................................de profesie.............................................................................. angajat la.........................................................................................................

 Data ivirii handicapului..................................................................................

Este în evidenţă de la data de.........................................................................

Diagnosticul clinic la data luării în evidenţă..................................................

Diagnosticul clinic actual..................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Examen obiectiv.................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

A fost internat/ă în spital\*\*)..............................................................................................................

...........................................................................................................................................................

Investigaţii clinice, paraclinice\*\*)....................................................................................................

...........................................................................................................................................................

Tratamente urmate:............................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

Plan de recuperare.............................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

Prognostic recuperator.......................................................................................................................

Se află în incapacitate temporară de muncă de la data de.................................................................

MEDIC PRIMAR/SPECIALIST

(parafa+ştampila unităţii sanitare)

Nr.....................................Data..............................................

\*\* SE VOR ANEXA REZULTATELE, BILETELE DE IEŞIRE DIN SPITAL