MINISTERUL TRANSPORTURILOR SI INFRASTRUCTURII
SPITALUL GENERAL CF PASCANI
STR. M. KOGĂLNICEANU, NR. 24, JUD IASI
Telefon/Fax: 0232 767065
spitalcfpascanimanager@gmail.com www.spitalcfpascani.ro

ANEXA IIb la Decizia nr.36/21.07.2026
SPITALUL GENERAL CF Pașcani
Secția: **.....**

AVIZAT,
Sef Sectie
Semnătura: _____

APROBAT,
Director Medical
Semnătura: _____

REFERAT DE NECESITATE
PENTRU EFECTUAREA DE INVESTIGAȚII PARACLINICE

Subsemnatul Dr. ....., în calitate de medic curant în cadrul Secției/ Compartimentului....., vă solicit aprobarea pentru efectuarea în regim extern (din surse proprii ale pacientului/aparținătorului, cu posibilitatea decontării ulterioare conform legii) a investigațiilor paraclinice menționate mai jos, necesare pentru pacientul aflat în îngrijirea noastră.
Nume și prenume pacient: ……CNP:……
FOCG nr.: …… Data internării: ……..
Diagnostic clinic la internare: …….
Starea actuală a pacientului: [Scurtă descriere: stare critică, necesită monitorizare urgentă]
…….
…….

Motivația achiziției**:** [Bifați/Completați situația corespunzătoare]

- Laboratorul/Serviciul de imagistică al spitalului nu efectuează aceste investigații.
- Reactivii/Consumabilele necesare nu sunt disponibile temporar în unitate.
- Aparatura medicală specifică este defectă.
- Urgența medicală majoră necesită transmiterea probelor către un laborator extern acreditat.

Nr. Crt.	Investigații Solicitate	Cantitatea
1.		
2.		
3.		

Medic curant, Data întocmirii: .....
Dr. .....

Semnătura și Parafa: _____