**REFERAT MEDICAL**

 **Catre**

**Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap Bacau**

Subsemnatul Dr........................................................................medic primar/specialist cu cod parafă.........................................................................................propun expertiza persoanei............................................................................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