SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SF. SPIRIDON IAȘI
UNITATE FUNCȚIONALĂ REGIONALĂ DE URGENȚĂ
Bulevardul Independenței nr. 1, cod 700111, IAȘI
Tel. 0232-240822, fax 0232-211257
www.spitalspiridon.ro , e-mail: office@spitalspiridon.ro
NIVEL DE COMPETENȚĂ IA

Nr. înreg.....

FIȘA MEDICALĂ GRUPA I, II

pentru solicitanții permisului de conducere auto și pentru conducătorii de autovehicule care solicită reînnoirea permisului de conducere auto

Anul.....luna ..... ziua .....

A. DATE IDENTIFICARE SOLICITANT

Numele....., Prenumele.....
Sexul M/F, Data nașterii: anul ....., luna ....., ziua .....,
Locul nașterii: localitatea ..... Județul .....,
Fiul/Fiica lui ..... și al/a .....,
Domiciliat în localitatea ....., str ..... nr .....
județul/sectorul ..... C.I./B.I. seria ..... nr .....,
eliberată/eliberat de .....la data de.....

B. REZULTATELE EXAMINĂRILOR MEDICALE

SPECIALITATEA	NR. FIȘĂ/ REG. DE CONSULTAȚII	DATA EXAMINĂRII	AFECȚIUNI DEPISTATE	CONCLUZII*		SEMNĂTURA ȘI PARAFA MEDICULUI EXAMINATOR	OBS.
				Apt conducere auto grupa	Inapt conducere auto grupa		
0	1	2	3	4		5	6
MEDICINĂ INTERNĂ							
PNEUMOLOGIE**							
ORTOPEDIE TRAUMATOLOGIE							
NEUROLOGIE							
PSIHIATRIE							
O.R.L. (OTORINOLARINGOLOGIE)							
OFTALMOLOGIE							

**Dacă pacientul este apt condiționat se vor menționa condițiile (de ex. Apt Condiționat de purtarea ochelarilor, aparatului auditiv etc.)*
***Controlul pneumologic pentru identificarea riscului de apnee în somn se realizează doar pentru solicitanții de permise pentru grupa II.*

C. CONCLUZIILE coordonatorului unității de asistență medicală ambulatorie autorizată

APT/INAPT CONDUCERE AUTO GRUPA I categoria .....

APT/INAPT CONDUCERE AUTO GRUPA II categoria .....

DIRECTOR MEDICAL:

.....
(semnătura și parafa /ștampila spitalului)

D. MENȚIUNI

1. *Solicitantul declară în scris, pe propria răspundere, că își dă acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor personale, că au fost menționate în fișa medicală toate bolile pe care le-a prezentat în trecut și le prezintă în prezent, că nu se află în evidența unei alte unități sanitare și că în situația în care va urma orice tratament medical se obligă să anunțe că este posesor al permisului de conducere.....*
(semnătură solicitant)
2. *Fișa medicală se completează în două exemplare; un exemplar se eliberează solicitantului, celălalt exemplar, însoțit de adeverința de boli cronice eliberată de medicul de familie, se arhivează de către unitatea medicală ambulatorie autorizată.*
3. *în cazul în care la una dintre concluziile medicale la specialitățile prevăzute la lit. B solicitantul fișei medicale este menționat ca inapt conducere auto, atunci aceasta va fi și concluzia finală.*
4. *Valabilitatea fișei medicale prevăzute <u>este de 1 an</u> de la data emiterii fișei medicale de către unitatea de asistență medicală ambulatorie autorizată.*

(cod FMA ed.1 rev.1 /08.10.2019)

(cod FMA ed.1 rev.1 /08.10.2019)

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SF. SPIRIDON IAȘI
UNITATE FUNCȚIONALĂ REGIONALĂ DE URGENȚĂ
Bulevardul Independenței nr. 1, cod 700111, IAȘI
Tel. 0232-240822, fax 0232-211257
www.spitalspiridon.ro , e-mail: office@spitalspiridon.ro
NIVEL DE COMPETENȚĂ IA

Nr. înreg.....

FIȘA MEDICALĂ GRUPA I, II

pentru solicitanții permisului de conducere auto și pentru conducătorii de autovehicule care solicită reînnoirea permisului de conducere auto

Anul.....luna ..... ziua .....

A. DATE IDENTIFICARE SOLICITANT

Numele....., Prenumele.....
Sexul M/F, Data nașterii: anul ....., luna ....., ziua .....,
Locul nașterii: localitatea ..... Județul .....,
Fiul/Fiica lui ..... și al/a .....,
Domiciliat în localitatea ....., str ..... nr .....
județul/sectorul ..... C.I./B.I. seria ..... nr .....,
eliberată/eliberat de .....la data de.....

B. REZULTATELE EXAMINĂRILOR MEDICALE

SPECIALITATEA	NR. FIȘĂ/ REG. DE CONSULTAȚII	DATA EXAMINĂRII	AFECȚIUNI DEPISTATE	CONCLUZII*		SEMNĂTURA ȘI PARAFA MEDICULUI EXAMINATOR	OBS.
				Apt conducere auto grupa	Inapt conducere auto grupa		
0	1	2	3	4		5	6
MEDICINĂ INTERNĂ							
PNEUMOLOGIE**							
ORTOPEDIE TRAUMATOLOGIE							
NEUROLOGIE							
PSIHIATRIE							
O.R.L. (OTORINOLARINGOLOGIE)							
OFTALMOLOGIE							

**Dacă pacientul este apt condiționat se vor menționa condițiile (de ex. Apt Condiționat de purtarea ochelarilor, aparatului auditiv etc.)*
***Controlul pneumologic pentru identificarea riscului de apnee în somn se realizează doar pentru solicitanții de permise pentru grupa II.*

C. CONCLUZIILE coordonatorului unității de asistență medicală ambulatorie autorizată

APT/INAPT CONDUCERE AUTO GRUPA I categoria .....

APT/INAPT CONDUCERE AUTO GRUPA II categoria .....

DIRECTOR MEDICAL:

.....
(semnătura și parafa /ștampila spitalului)

D. MENȚIUNI

5. *Solicitantul declară în scris, pe propria răspundere, că își dă acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor personale, că au fost menționate în fișa medicală toate bolile pe care le-a prezentat în trecut și le prezintă în prezent, că nu se află în evidența unei alte unități sanitare și că în situația în care va urma orice tratament medical se obligă să anunțe că este posesor al permisului de conducere.....*
(semnătură solicitant)

6. *Fișa medicală se completează în două exemplare; un exemplar se eliberează solicitantului, celălalt exemplar, însoțit de adeverința de boli cronice eliberată de medicul de familie, se arhivează de către unitatea medicală ambulatorie autorizată.*
7. *în cazul în care la una dintre concluziile medicale la specialitățile prevăzute la lit. B solicitantul fișei medicale este menționat ca inapt conducere auto, atunci aceasta va fi și concluzia finală.*
8. *Valabilitatea fișei medicale prevăzute este de 1 an de la data emiterii fișei medicale de către unitatea de asistență medicală ambulatorie autorizată.*

(cod FMA ed.1 rev.1 /08.10.2019)

(cod FMA ed.1 rev.1 /08.10.2019)