

E 213

(1)

RAPORT MEDICAL DETALIAT

Regulamentul (CEE) 1408/71 : Articolele de la 39 la 41 ; Articolul 43a ; Articolul 87

1.1 Instituția căreia îi este adresat raportul

1.1.1 Denumire :

1.1.2 Adresă ⁽²⁾ :

1.1.3 Referințe :

1.2 Persoana examinată

1.2.1 Nume de familie ⁽³⁾ :

1.2.2 Prenume :

Nume purtate anterior ⁽³⁾ :

Locul nașterii ⁽⁴⁾ :

1.2.3 Data nașterii :

Sex :

Cetățenie :

Numărul de identificare ⁽⁵⁾ :

1.2.4 Adresă ⁽²⁾ :

1.2.5 Ultima profesie desfășurată ⁽⁶⁾ :

1.2.6 Numărul asigurării :

1.2.7 Numărul pensiei :

1.2.8 Numărul dosarului :

1.2.9 Data depunerii cererii de pensie :

1.2.10 Data depunerii cererii în cazul agravării stării de sănătate :

1.3 Medicul care a redactat raportul

1.3.1 Nume de familie :

Prenume :

1.3.2 Adresă ⁽²⁾ :

1.3.3 Medic examinator ⁽⁷⁾ :

1.4 Instituția care a solicitat examinarea

1.4.1 Nume :

1.4.2 Adresă ⁽²⁾ :

1.4.3 Numărul de referință al dosarului :

1.4.4 Ștampila

1.4.5 Data :

1.4.6 Semnătura :

Nume de familie, Prenume : Data :

- 2.1 Opinie fundamentată pe examenul practic (data)
- 2.2 Opinie fundamentată pe raportul medical (data)

3. Antecedentele pacientului

3.1 Antecedentele medicale :

3.2 Acuze medicale principale :

3.2.1 Medicul curant :

3.3 Tratamentul curent :

3.4 Antecedente socio-profesionale ⁽⁶⁾ :

3.4.1 Asiguratul desfășoară la momentul actual o activitate profesională ?
 Da Nu Număr de ore lucrate :

Tipul de activitate propriu-zisă :

3.4.2 Accidente de muncă/boli profesionale :

3.4.3 Tipul de activitate desfășurată la ultimul loc de muncă :

3.4.4 Incapacitate de muncă Începând cu

Încetarea activității la data de

4. Examenul clinic

4.1 Starea generală

Talia cm Greutate kg

Stare nutrițională bună pletorică deficitară

Mucoase :

Tegumente :

Starea mentală, dispoziție :

Observații :

4.2 Cap :

4.2.1 Acuitate vizuală :

4.2.2 Acuitate auditivă :

4.2.3 Alte funcții senzoriale :

4.3 Gât (constatări externe) :

4.3.1 Glanda tiroidă :

4.3.2 Ganglioni limfatici :

4.3.3 Alte rezultate :

4.4 Aparatul respirator :

4.5 Aparatul cardio-vascular :

4.5.1 Inimă :

4.5.2 Puls :

4.5.3 Tensiunea arterială (în repaos) :

4.5.4 Tensiunea arterială (a doua măsurătoare) :

4.5.5 Circulația periferică :

4.5.6 Edeme :

4.5.7 EKG (în repaos) :

Nume de familie, Prenume : Data :

- 4.6 Abdomen :
- 4.6.1 Aparatul digestiv și organele interne :
- 4.6.2 Ficat :
- 4.6.3 Splină :
- 4.6.4 Sistemul endocrin :
- 4.7 Aparatul genito-urinar :
- [Vezi pagina 4 – Diagrame]
- 4.8 Aparatul locomotor (dacă este necesar, se va utiliza metoda Neutral 0, la pag. 4) :
- 4.8.1 Coloana vertebrală :
- 4.8.2 Membrele superioare :
- 4.8.3 Membrele inferioare :
- 4.9 Adenopatii :
- 4.10 Examen neurologic
- Mișcări (forță și tonus muscular) ⁽⁶⁾ :
- normale rigide lente deficitare
- Mers
- normale dificil jenă în partea dreaptă jenă în partea stângă
- Reflexe :
- 4.11 Simptomatologie neurovegetativă sau simptome fizice determinate psihologic :
- 4.12 Diverse (alergii, etc) :

5. Explorări funcționale și alte investigații (dacă este necesar)

- 5.1 Explorarea funcțională respiratorie :
- 5.2 Funcția cardiacă/ EKG de efort :
- 5.3 Doppler arterial și venos :
- 5.4 Diagnosticare imagistică (se va preciza data) :
- 5.4.1 Examen radiologic efectuat în ziua respectivă :
- 5.4.2 Examen radiologic anterior sau realizate în altă parte :
- 5.4.3 Ecografie (abdominală, etc.) :
- 5.4.4 RMN și alte investigații :
- 5.5 Examen de laborator :
- 5.6 Alte examinări :

6. Document suplimentar cuprinzând constatările ulterioare ale medicilor specialiști (a se completa doar dacă acestea sunt relevante)

7. Diagnostic :

(Codul ICD - se recomandă utilizarea lui)

Diagrams

Nume de familie, Prenume : Data :

8. Sinteza

Evoluția patologiei :

Urmări asupra stării de sănătate :

Deficit funcțional :

În raport cu examenul precedent (efectuat la data de)

Există o ameliorare. deteriorare stare staționară

9. Asiguratul rămâne capabil să desfășoare în mod regulat următoarele tipuri de activitate :

- Muncă grea :
- Muncă semigrea :
- Muncă ușoară :

10. Trebuie avute în vedere următoarele restricții :

10.1 Sunt interzise

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Expunerea la umiditate | <input type="checkbox"/> Expunerea la frig |
| <input type="checkbox"/> Expunerea la căldură | <input type="checkbox"/> Expunerea la zgomot |
| <input type="checkbox"/> Expunerea la gaz, vapori, emanații | <input type="checkbox"/> Munca în schimb de noapte |
| <input type="checkbox"/> Munca în schimburi | <input type="checkbox"/> Riscul de cădere |
| <input type="checkbox"/> Aplecări repetate, transportarea și ridicarea de greutăți | |
| <input type="checkbox"/> Urcarea pe plan înclinat, pe scări sau trepte | |

10.2 Activitatea nu este posibilă decât

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> în poziție șezând. | <input type="checkbox"/> Beneficiind de pauze suplimentare
(în afara celor obișnuite)
numărul și durata acestor pauze |
| <input type="checkbox"/> în interior | <input type="checkbox"/> Alternând mersul, statul în picioare și poziția șezând |
| <input type="checkbox"/> Alternând pozițiile de lucru | |
| <input type="checkbox"/> Excluzând constrângerile legate de timp | |

10.3 Există o diminuare a capacității de muncă datorită faptului că asiguratul nu poate utiliza integral funcțiile senzoriale, mâini etc.

este alergic la :

11. Întrebări suplimentare

11.1 Asiguratul poate lucra în fața unui monitor ?

- Da Nu

În caz negativ, se va preciza motivul :

11.2 Asiguratul este autonom (nu are nevoie de ajutorul unui terț la locul de muncă)?

- Da Nu

11.3 Asiguratul este autonom (nu are nevoie de ajutorul unui terț la domiciliu)?

- Da Nu

În caz negativ, se va preciza motivul :

Nume de familie, Prenume : Data :

11.4 Asiguratul poate desfășoara cu norma întregă vechea sa activitate de

Da Nu

În caz negativ, precizați durata maximă a timpului lucrat (în ore sau procentual din durata normală de lucru) :

11.5 Este posibil să desfășoare o activitate adaptată ?

Da Nu

În caz afirmativ, vă rugăm să dați câteva exemple

11.6 Se poate desfășura o activitate cu normă întregă adaptată?

Da Nu

În caz negativ, precizați durata maximă de lucru (în ore sau procent din durata zilnică normală) :

11.7 În conformitate cu legislația statului de reședință, pentru activitatea desfășurată la ultimul loc de muncă, invaliditatea este

Totală Parțială

Dacă este parțială, vă rugăm să precizați gradul acesteia :

(fără obiect în cazul Germaniei, Olandei și Poloniei)

11.8 Gradul invalidității, conform legislației țării de reședință, pentru orice altă activitate care corespunde aptitudinilor asiguratului/ei :

(fără obiect pentru Germania, Irlanda, Luxemburg și Olanda)

11.9 Categoria de invaliditate conform legislației din țara de reședință :

(A nu se preciza decât dacă examenul medical a constituit condiția prealabilă unei decizii în materie de incapacitate sau instrumentarea unei cereri de pensie de invaliditate)

(fără obiect în cazul Germaniei și al Olandei)

11.10 Restricțiile enumerate sunt

permanente începând cu

temporare și nu sunt valabile decât de la la

11.11 Este posibilă o îmbunătățire a stării de sănătate?

Da Nu fără răspuns

În caz afirmativ, a se indica măsurile ce trebuie adoptate :

11.12 Îmbunătățirea capacității de muncă poate fi obținută printr-o readaptare medicală?

readaptare profesională?

Da Nu Fără răspuns

12. Va fi necesară o reexaminare a asiguratului/ei?

Da Nu

În caz afirmativ, vă rugăm să precizați data :

Stampila

1.4.5 Data :

1.4.6 Semnătura medicului :

INSTRUCȚIUNI

Formularul trebuie completat cu majuscule sau dactilografiat.
Cuprinde 7 pagini ; nici una dintre acestea nu poate fi suprimată, chiar dacă nu conține nici o informație relevantă.

NOTE

- (1) BE = Belgia; CZ = Republica Cehă; DK = Danemarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spania; FR = Franța; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipru; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburg; HU = Ungaria; MT = Malta; NL = Olanda; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugalia; SI = Slovenia; SK = Slovacia; FI = Finlanda; SE = Suedia; UK = Regatul Unit al Marii Britanii; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Elveția.
- (2) Stradă, număr, cod poștal, localitate, țară, număr de telefon.
- (3) Pentru cetățenii spanioli, a se preciza cele două nume.
Pentru cetățenii portughezi, a se preciza toate numele (prenume, nume, nume de fată) în ordinea stării civile, așa cum sunt specificate în cartea de identitate sau pașaport.
- (4) Pentru districtele portugheze, a se preciza și parohia și autoritatea locală.
- (5) Dacă formularul este destinat unei instituții din Cehia, a se preciza numărul ceh de înregistrare a nașterii; în cazul instituțiilor cipriote, pentru cetățenii ciprioți, se va preciza numărul cipriot de identificare, în cazul cetățenilor străini, numărul Certificatului de Înregistrare a Străinilor (Alien Registration Certificate) (ARC); dacă formularul este destinat unei instituții daneze, a se preciza numărul CPR; dacă formularul este destinat unei instituții finlandeze, a se preciza numărul de identificare din registrul de evidență a populației; pentru instituțiile suedeze, este destinat numărul personal (personnummer); pentru instituțiile islandeze, numărul personal de identificare (kennitala); pentru instituțiile din Liechtenstein, a se preciza numărul de asigurare AHV; în cazul instituțiilor din Lituania, a se preciza numărul personal de identificare; în cazul instituțiilor din Letonia, a se preciza numărul de identitate; pentru cele din Ungaria, a se preciza numărul TAJ; pentru cele din Malta, în cazul propriilor cetățeni, a se preciza numărul cardului de identitate iar, în cazul cetățenilor străini, numărul maltez de securitate socială; pentru instituțiile norvegiene, a se preciza numărul personal de identificare (fødselsnummer); pentru instituțiile din Belgia, a se preciza numărul de asigurare (VSNR) iar pentru instituțiile din cadrul sistemului de securitate socială al funcționarilor publici, se va indica numărul de identificare (PRS-Kenn- Nr); pentru instituțiile spaniole, în cazul cetățenilor spanioli, a se indica numărul care apare pe cardul național de identitate (D.N.I.) sau numărul de identificare al străinilor (N.I.E.), în cazul străinilor, sau ambele numere, dacă există, și în situația în care cardul de identitate este expirat. În lipsa acestora, a se preciza «niciunul»; pentru instituțiile austriece, a se indica numărul austriac de asigurare (VSNR); pentru instituțiile poloneze, a se preciza numărul de referință al dosarului de pensie în cazul persoanelor care au solicitat o pensie poloneză pentru prima oară, se va introduce mențiunea PESEL și se va indica numărul NIP sau NKP (numărul NKP – în cazul în care persoana în cauză este supusă sistemului de asigurări sociale pentru agricultori) iar, în situația în care acest număr nu există, se vor indica seria și numărul cardului de identitate sau pașaportului; pentru instituțiile portugheze, a se preciza și numărul de înregistrare în cadrul sistemului general de pensii pentru persoanele afiliate la regimul portughez al funcționarilor publici; pentru instituțiile slovace, a se indica numărul de înregistrare a nașterii; în cazul instituțiilor slovene, a se menționa numărul personal de identificare; pentru instituțiile elvețiene, se va preciza numărul de asigurare AVS/AI (AHV/IV).
- (6) A se indica, pe cât posibil, toate profesiile desfășurate de către asigurat pe durata carierei sale, folosindu-se, dacă este cazul, documentele suplimentare. Această informație este înscrisă conform declarației persoanei interesate dacă este necesar a se insera fișe suplimentare.
Fără obiect pentru Norvegia.
- (8) Pentru scopul instituțiilor Poloneze a se completa punctul 1 de pe fișa suplimentară nr. 4

INFORMAȚII SUPLIMENTARE PENTRU INSTITUȚIILE OLANDEZE

	Întrebări	Răspunsuri				
		Asiguratul poate	nu	rar	câteodată	în mod obișnuit
1.	să se așeze					
2.	să stea în picioare					
3.	să meargă					
4.	să stea în genunchi/să se târască/ să stea pe vine					
5.	să lucreze în poziție înclinată					
6.	să efectueze mișcări scurte de flexiune/rotatie					
7.	să își folosească ceafa					
8.	să își întindă membrele superioare					
9.	să își ridice membrele superioare					
10.	să se folosească de mâini/degete					
11.	să ridice și să care greutatea de maxim kg					
12.	să muncească într-un mediu :					
	expus la variații bruște de temperatură					
	expus la un grad ridicat de umiditate (> 90 %)					
	expus la un grad scăzut de umiditate (< 35 %)					
	expus la curenți puternici de aer					
13.	să suporte contactul cutanat masiv cu substanțe solide sau lichide					
14.	să suporte vibrațiile					
15.	să poartă un echipament de protecție					
16.	să suporte un ritm de lucru intens					
17.	să suporte condiții statice de lucru					
18.	să gestioneze conflictele care decurg din exercitarea atribuțiilor sale					
19.	să gestioneze conflictele, în general					
20.	să desfășoare o activitate monotona					
21.	să desfășoare o activitate repetitivă					
22.	să își asume responsabilități					
23.	să lucreze singur					
24.	să lucreze în echipă					

INFORMAȚII SUPLIMENTARE DESTINATE INSTITUȚIILOR DIN MAREA BRITANIE

A. A se completa în toate cazurile

1. Numele și adresa medicului persoanei menționate la punctul 1.2

.....

.....

B. A se completa numai dacă există o problemă de natură mentală

2. Însemnați în una dintre căsuțele de mai jos dacă subiectul este purtătorul uneia dintre bolile următoare sau dacă are un handicap :

- boală mentală (dacă da, vă rugăm precizați)
- tulburări majore de personalitate
- dificultate majoră de învățare
- etilism și alte toxicomanii
- tulburare cerebrală funcțională secundară la o patologie organică sau un traumatism cranian

Dacă unul dintre aceste cazuri menționate a fost însemnat, vă rugăm completați întrebările 3 - 7

3. În cursul ultimelor 6 luni, au fost observate, la un moment dat, aspecte sugestive de paranoia, stări de delir, halucinații sau alte semne/comportamente psihotice?

- Da Nu

4. I se administrează neuroleptice și /sau antidepresive orale sau perfuzabile (tratament de lungă durată) ?

- Da Nu

5. Are nevoie de îngrijire permanentă sau de supraveghere constantă din cauza celor constatate la punctul 2?

- Da Nu

Dacă da, se află în îngrijire în mediul său familial sau într-un mediu protejat?

- Mediu familial Mediu protejat

6. Frecvențează, pentru cel puțin o dată pe săptămână, un centru de zi (în care îngrijirile sunt acordate în permanență de către un personal calificat) ?

- Da Nu

7. Numele și adresa psihiatrului :

8. Adăugați orice comentarii care pot contribui la determinarea severității problemei mentale, chiar dacă niciuna dintre căsuțele de la punctul 2 nu a fost însemnată.

.....

.....

.....

INFORMAȚII SUPPLEMENTARE DESTINATE INSTITUȚIILOR DIN NORVEGIA

1. Dacă există alte cauze decât îmbolnăvirea pentru incapacitatea de muncă, a se preciza o scurtă descriere și gradul de contribuție al acestora.
.....
2. În timpul perioadei precedente invalidității prezente, a fost pacientul ocupat parțial cu activități domestice și parțial a fost angajat sau lucrător independent?
 Da Nu
3. Datorită bolii și ca o nevoie permanentă, are pacientul cheltuieli suplimentare pentru transport, dietă, etc. cheltuieli care nu sunt acoperite în întregime sau în parte acoperite de către sistemul de securitate socială?
 Da Nu
- Dacă 'Da' a se preciza tipurile și nivelul cheltuielilor suplimentare :

INFORMAȚII SUPLIMENTARE DESTINATE INSTITUȚIILOR DIN POLONIA

1. Informații referitoare la punctul 4.10 „Examen neurologic”

- Tonus muscular normal ridicat scăzut
 Putere musculară normală scăzută (adynamia)

Distanța de mișcare :

2. Funcționarea deficitară a organului a fost cauzată de :

- accident de muncă
 accident pe drumul dinspre locul de muncă
 accident produs în anumite condiții
 accident în timpul serviciului?
 data accidentului
- boală profesională?
 data instalării bolii profesionale
- alte circumstanțe (vă rugăm detaliați)?

3.1 Are nevoie persoana examinată de asistență permanentă sau pe termen lung?

- Nu Da, în scopul :
- mobilității în locuință
 - hrănirii proprii
 - menținerii igienei personale
 - îndeplinirii funcțiilor corporale
 - îndeplinirii activităților zilnice în afara locuinței

3.2 Este condiția mentală a persoanei examinate un motiv pentru asistență permanentă sau pe termen lung?

- Nu Da, pentru că :

4. A se completa numai dacă există o problemă de natură mentală

4.1 Însemnați în una dintre căsuțele de mai jos dacă subiectul este purtătorul uneia dintre bolile următoare sau dacă are un handicap :

- boală mentală (dacă da, vă rugăm precizați)
- tulburări majore de personalitate
- dificultate majoră de învățare
- etilism și alte toxicomanii
- tulburare cerebrală funcțională secundară la o patologie organică sau un traumatism cranian

Dacă unul dintre cazurile menționate la rubrica 4.1 a fost însemnat, vă rugăm completați întrebările 4.2 și 4.6

4.2 În cursul ultimelor 6 luni, au fost observate, la un moment dat, aspecte sugestive de paranoia, stări de delir, halucinații sau alte semne/comportamente dovadă a psihozei?

Da Nu

4.3 I se administrează neuroleptice și /sau antidepressive orale sau perfuzabile (tratament de lungă durată)?

Da Nu

4.4 Are nevoie de îngrijire permanentă sau de supraveghere constantă din cauza celor constatate la punctul 4.1?

Da Nu

Dacă da, se află în îngrijire în mediul său familial sau într-un mediu protejat?

Mediu familial Mediu protejat

4.5 Frecvențează, pentru cel puțin o dată pe săptămână, un centru de zi (în care îngrijirile sunt acordate în permanență de către un personal calificat)?

Da Nu

4.6 Numele și adresa psihiatrului :

.....

4.7 Adăugați orice comentarii care pot contribui la determinarea severității problemei mentale, chiar dacă niciuna dintre căsuțele de la punctul 4.1 nu a fost însemnată :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMAȚII SUPLIMENTARE DESTINATE INSTITUȚIILOR DIN UNGARIA

1

Are persoana nevoie de îngrijire permanentă sau de supraveghere constantă?

- Da Nu

Dacă da, se află în îngrijire în mediul său familial sau într-un mediu protejat?

- Mediu familial Mediu protejat

2

La ce activități are persoana nevoie de ajutor?

.....
.....

3

Îi este necesară persoanei folosirea oricărui tip de echipament terapeutic?

- Da Nu

Dacă da, care echipamente?

.....
.....