S.C. Clinica Multimed S.R.L.
CUI: 28529851
Nr. Reg. Com.: J19/299/2011
Cont IBAN: RO69RNCB0152165461550001
Banca B.C.R. Sucursala, Miercurea Ciuc

Miercurea Ciuc, HR, str. Kossuth Lajos, nr. 2
Telefon: 0266-320 616, 0746-624 141
Mobil: 0746-099 709
Email: office@multimed.ro,
receptie@multimed.ro

Nr. certificat : 2738 ISO 9001:2015
Nr. certificat : 2640 ISO 14001:2015

Nr. fișă ...../.....

FIȘĂ MEDICALĂ PERSONALĂ TIP SIGURANȚA TRANSPORTURILOR

Examinare pentru * .....

* admiterea în școală, angajare, reangajare, schimbare de funcție, control periodic, sesizare

Dl. (d-na) ..... CNP ....., C.I. .... seria ..... nr. ..... emitent ..... valabil până la ....., domiciliul actual: localitatea ....., str ..... nr. .... bloc. .... sc. .... et. ... ap ..., județ/sector .....

Școala/Unitatea angajatoare .....funcția ....., vechime în S.T ..... ani

Declar că până în prezent nu am avut pierderi de cunoștință.

Declar că nu am mai fost examinat la altă comisie pentru aceeași funcție în ultimele 12 luni.

De asemenea, mă oblig să anunț medicul de familie, că prin natura serviciului particip la siguranța transporturilor.

semnătura persoanei examinate .....

CONCLUZIILE COMISIEI MEDICALE ..... proces verbal nr ..... data .....

Dg .....

Avizul: APT/INAPT pentru funcția .....

Recomandări: .....

Aviz valabil până la data de .....

Președintele comisiei

(semnătură și parafă medic)

Antecedente personale

(se atestă de medicul internist pe baza fișei de consultație sau pe baza adeverinței eliberate de medicul de familie)

1. MEDICINA INTERNĂ: nr. reg ..... data .....

T.A ..... puls ..... EKG (se efectuează persoanelor examinate la angajare și anual după vârsta de 40 de ani) .....

Dg .....

Propuneri APT/INAPT

Recomandări .....

(semnătură și parafă medic)

2. CHIRURGIE GENERALĂ: nr. reg ..... data .....

Dg .....

Propuneri APT/INAPT

Recomandări .....

(semnătură și parafă medic)

3. OFTALMOLOGIE: nr. reg ..... data .....

Vedere	OD =	după corecție	OD = ... cu ..... d .....
	OS =		OS = ... cu ..... d .....
câmp visual			
*TIOD ..... * TIOS			

* Se va efectua persoanelor examinate cu vârsta peste 45 ani, cu o periodicitate de 2 ani

Simț cromatic: tabele pseudoizocromatice .....

anomaloscop .....
cromatoscop .....
Dg .....
Propuneri APT/INAPT
Recomandări .....

(semnătură și parafă medic)

4. ORL: nr. reg ..... data .....
Audiometrie:
Examen clinic obiectiv și funcțional
Dg .....
Propuneri APT/INAPT
Recomandări .....

(semnătură și parafă medic)

5. NEUROLOGIE: nr. reg ..... data .....
EEG pentru funcțiile din baremul I sau la indicație
Dg .....
Propuneri APT/INAPT
Recomandări .....

(semnătură și parafă medic)

6. PSIHIATRIE: nr. reg ..... data .....
Dg .....
Propuneri APT/INAPT
Recomandări .....

(semnătură și parafă medic)

LABORATOR ANALIZE MEDICALE: nr. reg ..... data .....
Hemoleucogramă completă .....
TEST serologic VDRL .....
Test HIV .....
Glicemie .....
Uree .....
GPT .....
GOT .....
Gamma GT .....
Colesterol total .....
Sumar urină .....
Creatinină .....
Analize toxicologice pentru depistarea drogurilor .....

(semnătură și parafă medic)

La recomandările medicilor de specialitate examinatori se vor efectua radiografie pulmonară sau ecografie abdominală, precum și alte investigații clinice și paraclinice.