



Colegiul Medicilor Stomatologi din România vă aduce la cunoștință publicarea în Monitorul Oficial, Partea I, Nr.41/17.1.2024 a Ordinului Ministerului Sănătății privind reglementarea metodologiei de monitorizare a prescrierii și eliberării la nivel național a medicamentelor din categoria antibiotice și antifungice de uz sistemic, aprobate în Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, publicat de către Agenția Națională a Medicamentului și Dispozitivelor Medicale din România (ANMDDMR).

Prescripțiile emise în afara sistemului de asigurări sociale de sănătate nu vor necesita un nou formular, ci doar completarea următoarelor informații:

1. Seria și numărul prescripției medicale, unice, generate la nivelul fiecărui prescriptor;
2. Unitatea sanitară identificată prin denumire, adresă și număr de telefon;
2. Date de identificare pacient, CNP sau numărul cardului de sănătate al pacientului (numărul pașaportului sau numărul cardului european pentru cetățeni străini)
4. Codul de diagnostic OMS
5. Medicamentul prescris: denumire comercială, concentrație, forma de administrare, durata tratamentului
6. Semnătură medic
7. Cod parafă
8. Data eliberării

În lipsa unei prescripții medicale se poate elibera în urgență de către farmacie (weekenduri, sărbători legale sau alte situații în care nu lucrează doctorul) o cantitate maximă a medicamentului, după cum urmează: în zilele lucrătoare, dozele eliberate pot acoperi maxim 24 de ore de tratament, iar pentru sfârșitul de săptămână și sărbătorile legale, dozele pot acoperi maxim 72 de ore. Totodată, în situații justificate, dozele de medicament pot fi eliberate pentru întreaga perioadă necesară până la consultul medical/soluționarea problemei, dozele fiind calculate în acord cu modul de administrare prevăzut în prospectul medicamentului.

Doza de urgență poate fi eliberată o singură dată în cursul unui tratament pentru un pacient, în baza declarației al cărei model este atașat.



**ANEXA Nr. 2**

**MODEL PRESCRIȚIE MEDICALĂ**

**Seria** ..... **Nr.** .....

**Unitatea sanitară** .....

(denumirea, adresa și numărul de telefon)

**Datele pacientului:**

- Numele, prenumele, vârsta: .....
- CNP/CID (codul de identificare al asiguratului) / numărul pașaportului / numărul cardului EU (CE) .....

**Diagnostic:**

- Codul utilizat în cadrul Sistemului informatic unic integrat al asigurărilor de sănătate din România): .....
- Diagnostic descriptiv:  
.....  
.....

**Detalii medicament:**

Denumirea comercială și/sau denumirea comună internațională: .....

Concentratia; forma farmaceutică: .....

Modul de administrare: .....

Cantitatea (exprimată în unități terapeutice): .....

Durata tratamentului (nr. zile/luni) : .....

**Numele și semnătura medicului prescriptor:** .....

**Codul de parafă:** .....

**Data eliberării prescripției medicale:** .....



**ANEXA Nr. 3**

**DECLARAȚIE**

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații prevăzute de Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, subsemnatul/subsemnata ....., domiciliat(ă) în ....., str....., nr. ...., bl....., sc. ...., ap....., județul/sectorul ....., legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ..... nr. ...., CNP ....., declar pe propria răspundere că nu am ridicat din altă unitate farmaceutică cantitatea maximă aferentă dozei pe 72 de ore de medicament ....., în cursul acestui tratament.

Data .....

Semnătura pacientului/aparținătorului .....