

SCRISOARE MEDICALĂ

Doamnei / domnului dr. _____
Cabinetul medical / Spitalul _____
Specialitatea: _____

Stimate coleg, stimată colegă, vă informăm că pacientul dumneavoastră **UNGUREANU CONSTANTIN**, născut la data de 26.03.1950, domiciliat în Târgu Cărbunești, str. Pieții nr. 31, jud. Gorj, CNP 1500326181146, a fost consultat în serviciul nostru în data de 22.09.2026.

Diagnosticul: Artropatie psoriazică – forma poliarticulară. Psoriazis vulgar cronic în tratament cu Metotrexat. Gonartroză primară bilaterală. Coxartroză primară bilaterală. Spondilodiscartroză CDL cu polidiscopatii. Tendinopatie calcifiantă a coafei rotatorilor dreapta. Diabet zaharat tip II în tratament cu antidiabetice orale. Retinopatie diabetică. Polineuropatie diabetică. Glaucom. Insuficiență venoasă cronică a membrelor inferioare.

Motivul prezentării la medic: Poliartralгии cu caracter inflamator la nivelul articulațiilor mici ale mâinilor și picioarelor, însoțite de redoare matinală de aproximativ 60 de minute; lombosacralгии cu caracter inflamator, cu iradiere fesieră înaltă „în basculă”, dar și cu iradiere descendentă pe membrul inferior stâng; coxalgii și gonalgii bilaterale.

Examen clinic: Înălțime 169 cm, greutate 97 kg; TA 140/80 mmHg; AV 80 b/min.

Stare generală medie, afebril, echilibrat cardio-respirator la momentul examinării. Coloana vertebrală CDL cu dureri la mobilizarea în ax și la percuția apofizelor spinoase, contractură musculară paravertebrală, Lasègue (+) la 30° bilateral, manevra Ericksen (+), manevra Patrick (+) bilateral. Genunchi cu dureri, cracmente și dureri la mobilizare. Articulații RCC bilateral, IFP bilateral și IFD bilateral dureroase la strângere; articulații TT și MTF dureroase la strângere.
Scoruri funcționale: ADL = 5/10, IADL = 4/8; DAPSA 28 = 38.

Exame de laborator (paraclinice): Analize – atașat.

Tratament recomandat:

1. Metotrexat 10 mg/ml, 1 f/săptămână, în aceeași zi de administrare;
2. Acid folic 5 mg, 1 cp/săptămână, la 48 de ore după Metotrexat;
3. Colchicină 1 mg, 1 cp/zi – în fiecare zi;
4. Lyrica 75 mg, 1 cp/zi – în fiecare zi;
5. Aflamil 100 mg, 1 cp/zi – la durere;
6. Nexium 40 mg, 1 cp/zi – asociat Movalis;
7. Lioresal 10 mg, 1 cp x 2/zi – 10 zile/lună;
8. Doreta 37,5/325 mg, 1 cp x 2/zi – la dureri intense.

Data: 15.10.2026
Nr registru 1.15 / 15.10.2026

Semnătura și parafa medicului,
dr. Cristina ENE
medic specialist reumatologie

SOFIAMED CENTER SRL

Sediu operational: Sat Sag, Comuna Sag, strada CXII nr 6A, judetul Timis ; CIF : 17754017
Telefon : 0756.56.57.57 ; E-mail : contact@sofiamed.ro; www.sofiamed.ro

	Specialitate:	Reumatologie	
	Data:	15.10.2026	
Ora	Numele si prenumele	Telefon	Detalii
15:20	Ditu Luiza	766726996	
15:40	Andrița Elena	767940666	
15:50	Cartianu Maria	730534664	
16:00	Motorgeanu Adela	769813236	
16:30	Băbălău Ana	771460241	
16:50	Ivoi Laurențiu	799287189	
17:10	Tatie Ioana	787332297	
17:30	Danciu Cornel	733744149	
18:00	Calotă Elvira	766525306	
18:20	Stoichin Daniela	764111491	
18:40	Genovu Lavinia	726790945	
19:00	Ancuța Valentin	754850300	
19:20	Caldarus Elena	760139286	
19:40	Voicu	722502388	
20:00	Parpaneata Gabriela	722405364	

	Specialitate:	Reumatologie	
	Data:	15.10.2026	
Ora	Numele si prenumele	Telefon	Detalii
15:20	Ditu Luiza	766726996	
15:40	Andrița Elena	767940666	
15:50	Cartianu Maria	730534664	
16:00	Motorgeanu Adela	769813236	
16:30	Băbălău Ana	771460241	
16:50	Ivoi Laurențiu	799287189	
17:10	Tatie Ioana	787332297	
17:30	Danciu Cornel	733744149	
18:00	Calotă Elvira	766525306	
18:20	Stoichin Daniela	764111491	
18:40	Genovu Lavinia	726790945	
19:00	Ancuța Valentin	754850300	
19:20	Caldarus Elena	760139286	
19:40	Voicu	722502388	
20:00	Parpaneata Gabriela	722405364	

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,

**Furnizor****SOFIAMED CENTER SRL**

Nr. Reg. com.:	J35/2222/2005
CIF:	17754017
Adresa:	Timisoara, str Musicescu nr 7 ap 11
Email:	contact@sofiamed.ro
Tel:	40756565757

Client

Nr. Reg. com.:	
CIF:	
Adresa:	Gorj

Factura seria: SOF22 Data: 15.10.2026**Nr.**

Denumire produse sau servicii	U.M.	Cant.	Pret unitar	Total
Servicii medicale	buc	1		

CHITANTA**Nr.** _____ **Data:** **15.10.2026**

Platitor: _____

Adresa: Gorj

Suma: _____ lei

In litere: _____

Reprezentand: Servicii medicale

Casier,