

Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea

(denumirea, adresa, telefonul)

ADEVERINȚĂ MEDICALĂ PENTRU ÎNSCRIEREA ÎN COLECTIVITATE

Numele și prenumele:, sexul:, vârsta:

Adresa (strada nr., orașul, județul/sectorul):

Instituția la care dorește să se înscrie (școala, liceul, grădinița, creșa):

Numele și prenumele	părintelui/tutorelui	legal	instituit
.....
Telefonul de contact	al părintelui/tutorelui	legal	instituit
.....

Antecedente patologice NU DA :

- astm

- sindrom de hiperactivitate

- otită medie cronică /recurentă

- maladii congenitale de cord

- probleme de învățare /dezvoltare

- diabet zaharat

- leziuni osteoarticulare

- convulsii

- tulburări de vorbire , auz , vedere

- tuberculoză

- altele :

Dacă ați bifat cel puțin una dintre acestea, atașați documente medicale relevante.

Alergii

NU DA :

-

medicamentoase:

.....

- alimentare:

- altele:

Medicație pentru afecțiuni cronice

NU DA : (listați)

.....

.....

.....

Vaccinări (vezi aviz epidemiologic).

Examen fizic

Înălțime cm; greutate kg; indice de masă corporală kg/m²

Presiunea arterială (pentru copii peste 3 ani)

Examen fizic general (normal /anormal)

ORL

Dentiție normală

DA NU :

Extremitate cefalică - regiune

.....

cervicală:

Ganglioni limfatici normali

DA NU :

Pulmonar normal

DA NU :

Cardiovascular normal

DA NU :

Abdominal normal

DA NU :

Genitourinar normal

DA NU :

Extremități normale

DA NU :

Tegumente normale

DA NU :

Dezvoltare psihologică normală

DA NU :

Limbaaj normal

DA NU :

Comportament normal

DA NU :

Dezvoltare (copii preșcolari)

În limite normale DA NU :

Dacă ați bifat NU, precizați tipul de afectare:

Str. Cristian Popișteanu nr. 1-3, sector 1, cod 010024 București, România

e-mail: dam@ms.ro

- cognitivă
- comunicare/limbaj
- emoțională/socială
- adaptare
- motricitate

Auz

- Audiometrie (după caz)

normal

anormal :

.....

.....

.....

Vizual

- Acuitate vizuală

normală DA

NU :

Ochi stâng:

Ochi drept:

- Corecție cu lentile NU DA

- Strabism NU DA

Recomandări

Activitate fizică normală DA NU restricții (după caz):

Alimentație diversificată DA NU restricții:

Reevaluarea este necesară:

- NU DA pentru data programată __/__/__

Evaluări suplimentare NU DA care

Necesitatea unui sistem special de educație Altele

Rezultatul evaluării

Copil apt /inapt pentru intrarea în colectivitate

Observații

.....

Data examinării

.....

Semnătura medicului, gradul profesional și parafa

.....

NOTĂ

1. Evaluarea se realizează pe baza examinării clinice și a antecedentelor personale existente la fișa medicală a copilului.

2. Investigații clinice și paraclinice suplimentare vor fi solicitate de către medicul de familie doar în cazul existenței semnelor și simptomelor specifice de boală acută/cronică/infecțioasă.

3. Adevărta medicală poate fi eliberată de medicul de familie la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolarilor și elevilor, eliberarea acesteia reprezentând activitate de suport, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările și completările ulterioare.

- față -

Județul Codul numeric personal
Localitatea
Unitatea sanitară

AVIZ EPIDEMIOLOGIC PENTRU (RE)INTRARE ÎN COLECTIVITATE

anul luna ziua
Numele Prenumele
Prenumele tatălui
Data nașterii: anul luna ziua
Domiciliul: localitatea str.
nr. bl. ap. sectorul/județul
ARE []/NU ARE [] semne și simptome sugestive de boală transmisibilă:
S-a eliberat prezenta pentru:
A se vedea situația vaccinărilor pe verso.

Semnătura și parafa medicului,

- verso -

Unitatea sanitară
(denumirea, adresa, telefonul, fax)

FIȘA DE VACCINĂRI(1)

1) Însoțește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolarilor și elevilor în unitatea de învățământ.

Numele și prenumele:

Sexul: Vârsta:

Adresa (strada nr., orașul, județul/sectorul)

Instituția la care dorește să se înscrie (școala, liceul, grădinița, creșa):

Numele și prenumele părintelui:

Telefoanele de contact ale părintelui:

Vaccinări

- numărul carnetului de vaccinări al copilului

a) vaccinări conform Programului național de vaccinare

*)hepatita B	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
BCG	__/__/__			
*)DTP	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
*)Hib	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
*)Polio	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
ROR	__/__/__	__/__/__	__/__/__	

*) Se menționează toate antigenele administrate, indiferent de tipul de vaccin utilizat (mono-, tetra-, penta- sau hexavalente).

b) vaccinări opționale

gripal	__/__/__			
pneumococ	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
rotavirus	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
varicela	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
HPV	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
Hepatita A	__/__/__	__/__/__		
Altele, specificați	_____	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Data		Eliberată de	
.....		(numele, prenumele, parafa și semnătura)		