

0213135547

Anexa nr. 1

(Anexa nr. 5 la Metodologie)

Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea
(denumire, adresă, telefon)

Adeverință medicală pentru intrare în colectivitate

Numele și prenumele: Sexul: Vârsta:

Adresa (strada, nr, oraș, județ/sector):
.....

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

Numele și prenumele părintelui / tutorelui legal instituit

Telefon de contact ale 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
- tuberculoza
- altele :

Alergii

NU DA :

- medicamentoase:
- alimentare:
- altele:

Medicație pentru afecțiuni cronice

NU DA : (listați)

Vaccinări (vezi aviz epidemiologic)

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



0213135547

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 (dupa 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 intrare în colectivitate

Observații

.....

Data examinării

Semnătura medicului, grad profesional, parafa

.....

NOTA: 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. Adeverinta medicală poate fi eliberata de medicul de familie la efectuarea examenelor anuale de bilant ale prescolarilor si elevilor, eliberarea acesteia reprezentand activitate de suport conform prevederilor OMS 388/2015



0213135547

Unitatea sanitară
(denumire, adresă, telefon, fax)

Semnătura și parafa medicului.

Fișa de vaccinare*

Numele și prenumele:

Sexul: Vârsta:

Adresa (strada, nr. oraș, județ/sector)

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

Numele și prenumele părintelui:

Telefoane de contact ale părintelui:

Vaccinări
- numărul carnetului de vaccinare al copilului

a) vaccinări conform Programului Național de Vaccinare

| | | | | |
|-------------|-------|-------|-------|-------|
| *hepatita B | / / / | / / / | / / / | / / / |
| BCG | / / / | / / / | / / / | / / / |
| *DTP | / / / | / / / | / / / | / / / |
| *Hib | / / / | / / / | / / / | / / / |
| *Polio | / / / | / / / | / / / | / / / |
| ROR | / / / | / / / | / / / | / / / |

* se mentioneaza toate antigenele administrate, indiferent de tipul de vaccin utilizat (mono-, tetra-, penta- sau hexavalente)

b) vaccinări opționale

| | | | | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| gripal | / / / | / / / | / / / | / / / |
| pneumococic | / / / | / / / | / / / | / / / |
| rotavirus | / / / | / / / | / / / | / / / |
| varicela | / / / | / / / | / / / | / / / |
| HPV | / / / | / / / | / / / | / / / |
| Hepatita A | / / / | / / / | / / / | / / / |
| Altele specificați | / / / | / / / | / / / | / / / |

Data

Eliberat de
(nume, prenume, parafa, semnatura)

* Însoțește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolărilor și elevilor în unitatea de învățământ

