

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



Examen fizic

Înălțime cm : Greutate kg : Indice de masă corporală kg·m⁻²

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 :

Limbaj normal DA NU :

Comportament normal DA NU :

Dezvoltare (copii preșcolari)

În limite normale DA NU :

Dacă au bifat NU precizați tipul de afectare:

- 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

- Străbism 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 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. Adeverința medicală poate fi eliberată de medicul de familie la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale prescolarilor și elevilor, eliberarea acesteia reprezentând activitate de suport conform prevederilor OMS 388/2015



Semnătura și parafă medicului

Unitatea sanitară

(denumire, adresă, telefon, fax)

Fișa de vaccinare*

Numele și prenumele:

Sexul: Vârsta:

Adresă (strada, nr. oraș, județ, sector):

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

Numele și prenumele părintelui:

Telefonul de contact al părintelui:

Vaccinări

- numărul carnetului de vaccinare al copilului:

și vaccinată conform Programului Național de Vaccinare

*hepatita B	.....	.....	.....	.....
BCG	.....	.....	.....	.....
*DTP	.....	.....	.....	.....
*Tif	.....	.....	.....	.....
*Polio	.....	.....	.....	.....
ROR	.....	.....	.....	.....

* se menționează toate antigenele administrate, indiferent de tipul de vaccin utilizat (mono-, tetra-, penta- sau hexavalent) și vaccinări opționale

gripal	.....	.....	.....	.....
pneumococic	.....	.....	.....	.....
rotavirus	.....	.....	.....	.....
varicela	.....	.....	.....	.....
HPV	.....	.....	.....	.....
hepatita A	.....	.....	.....	.....
Altele specificate	.....	.....	.....	.....

Data Eliberat de

(nume, prenume, parafă, semnatura)

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

