

Unitatea sanitară
(denumire, adresă, telefon)
.....

Nr. Fișă / Nr. de înregistrare
Data eliberării fișei:
Data examinării:

Adeverință medicală pentru înscrierea în colectivitate

Numele și prenumele....., sexul....., vârsta:.....,
Adresa: Strada....., nr, localitatea, județul/sectorul
Instituția la care se înscrie:
Numele și prenumele părintelui/tutorelui:..... Tel. de contact:

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-fișă de vaccinări)

Examen fizic

Înălțime cm; greutate kg; IMC.....kg/m²

TA (pentru copii > 3 ani)

Examen fizic general (normal /anormal)

ORL.....

Dentiție normal DA NU :

.....

Extremitate cefalică - regiune cervicală:

.....

Ganglioni limfatici normali DA NU :

.....

Recomandări

Activitate fizică normală DA NU restricții (după caz):.....

Alimentație diversificată DA NU restricții:

.....

Reevaluarea este necesară: NU DA pentru

.....data programată __/__/__

Pulmonar normal DA NU :

.....

Cardiovascular normal DA NU :

.....

Abdominal normal DA NU :

.....

Genito-urinar 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 ați bifat NU, precizați tipul de afectare:

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

Auz

Audiometrie (după caz)

normal

anormal

Vedere

Acuitate vizuală

normală DA NU

Ochi stâng:

Ochi drept:

Corecție cu lentile NU DA

Strabism NU DA

Evaluări suplimentare NU DA care:

Necesitatea unui sistem special de educație

Altele

Rezultatul evaluării

Copil apt /inapt pentru intrarea în colectivitate

Observații

Nume medic, semnătură, parafă



Unitatea sanitară
(denumirea, adresa, telefonul, fax)

Fișă de vaccinare¹⁾

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

Numele și prenumele:

Sexul: Vârsta: ani

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 vaccinare 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	--/ / --	--/ / --	--/ / --	--/ / --		
pneumococic	--/ / --	--/ / --	--/ / --	--/ / --		
rotavirus	--/ / --	--/ / --				
varicela	--/ / --	--/ / --				
HPV	--/ / --	--/ / --	--/ / --			
Hepatita A	--/ / --	--/ / --				
Alte, specificați	_____	--/ / --	--/ / --	--/ / --		

Data:

Nume medic:

Semnătură, parafă:

NOTE:

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.*

