

Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea (denumirea,
adresa, telefonul)

ADEVERINȚĂ MEDICALĂ PENTRU ÎNSCRIEREA ÎN COLECTIVITATE

Numele și prenumele:, sexul:, vârsta:

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

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

Numele și prenumele părintelui/tutorei legal instituit

Telefonul de contact al părintelui/tutorei 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 norma 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 ați 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

- 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
.....

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. Adeverința medicală poate fi eliberată de medicul de familie la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolarilor și elevilor, eliberarea acestora 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.

FIȘA DE VACCINĂRI¹⁾

¹⁾ Însotțește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolărilor 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	--/ /--			
pneumococic	--/ /--	--/ /--	--/ /--	--/ /--
rotavirus	--/ /--	--/ /--	--/ /--	
varicela	--/ /--	--/ /--	--/ /--	
HPV	--/ /--	--/ /--	--/ /--	
Hepatita A	--/ /--	--/ /--		
Altele, specificați	--/ /--	--/ /--	--/ /--

Data Eliberată de
..... (numele, prenumele, parafa și semnătura)