

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 :

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/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 :

Limbaj normal DA NU :

Comportament normal DA NU :

Dezvoltare (copii preșcolari) DA NU :

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

.....

.....

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. 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.