

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)

În limite normale DA NU :

Dacă ați bifat NU, precizați tipul de afectare:

Str. Cristian Popișteanu nr. 1-3, sector 1, cod 010024 București, România

e-mail: dam@ms.ro

- 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 preșcolărilor 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.

- față -

Județul Codul numeric personal
Localitatea
Unitatea sanitară
AVIZ EPIDEMIOLOGIC PENTRU (RE)INTRARE ÎN COLECTIVITATE
anul luna ziua
Numele Prenumele
Prenumele tatălui
Data nașterii: anul luna ziua
Domiciliul: localitatea str.
nr. bl. ap. sectorul/județul
ARE []/NU ARE [] semne și simptome sugestive de boală transmisibilă:
S-a eliberat prezenta pentru:
A se vedea situația vaccinărilor pe verso.

Semnătura și parafa medicului,

- verso -

Unitatea sanitară
(denumirea, adresa, telefonul, fax)
FIȘA DE VACCINĂRI1)
1) Însoțește 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)