ANEXA 1

 (Anexa nr. 1 la anexa nr. 3 la metodologie)

 Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea ..............................

 (denumirea, adresa, telefonul)

 **ADEVERINŢĂ MEDICALĂ PENTRU ÎNSCRIEREA ÎN COLECTIVITATE**

 Numele şi prenumele: ........................., sexul: ...., vârsta: .....

 Adresa (strada nr., oraşul, judeţul/sectorul): ...........................

 ..........................................................................

 Instituţia la care doreşte să se înscrie (şcoala, liceul, grădiniţa, creşa):

 ..........................................................................

 Numele şi 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 învăţare |\_|/dezvoltare |\_|

 \_

 - diabet zaharat |\_|

 \_

 - leziuni osteoarticulare |\_|

 \_

 - convulsii |\_|

 \_ \_ \_

 - tulburări de vorbire |\_|, auz |\_|, vedere |\_|

 \_

 - tuberculoză |\_|

 \_

 - altele |\_|: ............................................................

 Dacă aţi bifat cel puţin una dintre acestea, ataşaţi documente medicale relevante.

 Alergii

 \_ \_

 NU |\_| DA |\_|:

 - medicamentoase: .................................

 - alimentare: .....................................

 - altele: .........................................

 Medicaţie pentru afecţiuni cronice

 \_ \_

 NU |\_| DA |\_|: (listaţi)

 ..........................................................................

 ..........................................................................

 ..........................................................................

 Vaccinări (vezi aviz epidemiologic)

 Examen fizic

 Înălţime ..... cm; greutate ..... kg; indice de masă corporală ........... kg/m2

 Presiunea arterială (pentru copii peste 3 ani) ...........................

 \_ \_

 Examen fizic general (normal |\_|/anormal |\_|)

 ORL ..............................

 \_ \_

 Dentiţie 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 |\_|: .................

 \_ \_

 Extremităţi normale DA |\_| NU |\_|: .................

 \_ \_

 Tegumente normale DA |\_| NU |\_|: .................

 \_ \_

 Dezvoltare psihologică normală DA |\_| NU |\_|: .................

 \_ \_

 Limbaj normal DA |\_| NU |\_|: .................

 \_ \_

 Comportament normal DA |\_| NU |\_|: .................

 Dezvoltare (copii preşcolari)

 \_ \_

 În limite normale DA |\_| NU |\_|: .........................................

 Dacă aţi bifat NU, precizaţi tipul de afectare:

 - cognitivă ..............................................................

 - comunicare/limbaj ......................................................

 - emoţională/socială .....................................................

 - adaptare ...............................................................

 - motricitate ............................................................

 Auz Vizual

 - Audiometrie (după caz) - Acuitate vizuală

 \_ \_

 normal |\_| normală DA |\_| ....................

 \_ \_

 anormal |\_|: ..................... NU |\_|: ...................

 .................................. Ochi stâng: .......................

 .................................. Ochi drept: .......................

 .................................. \_ \_

 - Corecţie cu lentile NU |\_| DA |\_|

 \_ \_

 - Strabism NU |\_| DA |\_|

 Recomandări \_ \_

 Activitate fizică normală DA |\_| NU |\_| restricţii (după caz):

 ..........................................................................

 \_ \_

 Alimentaţie diversificată DA |\_| NU |\_| restricţii: ......................

 Reevaluarea este necesară:

 \_ \_

 - NU |\_| DA |\_| pentru ....................... data programată \_ \_/\_ \_/\_ \_

 \_ \_

 Evaluări suplimentare NU |\_| DA |\_| care .................................

 \_

 Necesitatea unui sistem special de educaţie |\_| Altele .................

 Rezultatul evaluării

 \_ \_

 Copil apt |\_|/inapt |\_| pentru intrarea în colectivitate

 Observaţii ...............................................................

 ..........................................................................

 Data examinării Semnătura medicului, gradul profesional şi parafa

 ................... ...................................................

 NOTE:

 1. Evaluarea se realizează pe baza examinării clinice şi a antecedentelor personale existente la fişa medicală a copilului.

 2. Investigaţii clinice şi paraclinice suplimentare vor fi solicitate de către medicul de familie doar în cazul existenţei semnelor şi simptomelor specifice de boală acută/cronică/infecţioasă.

 3. Adeverinţa medicală poate fi eliberată de medicul de familie la efectuarea examenelor anuale de bilanţ ale preşcolarilor şi elevilor, eliberarea acesteia reprezentând activitate de suport, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale 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 şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare.