Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . *Anexa 1*

*(denumirea, adresa, telefonul)* . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**ADEVERINŢĂ MEDICALĂ PENTRU ÎNSCRIEREA ÎN COLECTIVITATE**

Numele şi prenumele: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Sexul: . . . . . Vârsta: . . . . . ani
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 □: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

***Alergii*** NU □ DA □:

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

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

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

***Medicaţie pentru afecţiuni cronice*** NU □ DA □: (listaţi)

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

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

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

***Vaccinări*** - vezi aviz epidemiologic

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

***Examen fizic***

Înălţime . . . . . . . . . . cm; Greutate . . . . . . . . . . kg; Indice de masă corporală . . . . . . . . . . kg/m2

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

**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***

- Audiometrie (după caz)

normal □

anormal □: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

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

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

***Vizual***

- Acuitate vizuală

normală DA □

 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.*

Anexa 2

pe baza Ordinului MS/MECS nr. 1002/5057/2015 publicat în M.Of. nr. 675 din 04.09.2015

Unitatea sanitară . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*(denumirea, adresa, telefonul, fax)* . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**FIŞA DE VACCINĂRI1)**

*1) Însoţeşte avizul epidemiologic la înscrierea preşcolarilor şi elevilor în unitatea de învăţământ.*

Numele şi prenumele: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Sexul: . . . . . . . . . . Vârsta: . . . . . . . ani

Adresa . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

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

Numele şi prenumele părintelui: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Telefoanele de contact ale părintelui: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

***Vaccinări***

- numărul carnetului de vaccinări al copilului . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

a) vaccinări conform Programului Naţional de Vaccinare

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | \* hepatita B | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |
|  | BCG | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |  |  |  |
|  | \* DTP | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |  |
|  |  | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |  |
|  | \*Hib | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ | \_ \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |
|  | \*Polio | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |
|  | ROR | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |  |

\* Se menţionează toate antigenele administrate, indiferent de tipul de vaccin utilizat (mono-, tetra-, penta- sau hexavalente).

b) vaccinări opţionale

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | gripal | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |  |  |  |
|  | pneumococic | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |
|  | rotavirus | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |  |
|  | varicela | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |  |
|  | HPV | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |  |
|  | Hepatita A | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |  |  |
|  | Altele (specificaţi) | . . . . . . . . . . | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ | \_ \_/\_ \_/\_ \_ |

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