

Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea
(denumire, adresă, telefon)

Adeverință medicală pentru intrare în colectivitate

Numele și prenumele: Sexul: Vârsta:

Adresa (strada, nr, oraș, județ/sector):
.....

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

Numele și prenumele părintelui / tutorelui legal instituit

Telefon de contact ale 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
- tuberculoza
- 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



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 (dupa 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 intrare în colectivitate

Observații

.....

Data examinării

Semnătura medicului, grad profesional, parafa

.....

.....

NOTA: 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. Adevărta medicală poate fi eliberata de medicul de familie la efectuarea examenelor anuale de bilant ale prescolarilor si elevilor, eliberarea acesteia reprezentand activitate de suport conform prevederilor OMS 388/2015



Unitatea sanitară

Semnătura și parafa medicului.

(denumire, adresă, telefon, fax)

Fișa de vaccinare*

Numele și prenumele:

Sexul: Vârsta:

Adresa (strada, nr. oraș, județ/sector)

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

Numele și prenumele părintelui:

Telefoane de contact ale părintelui:

Vaccinări

- numărul carnetului de vaccinare al copilului

a) vaccinări conform Programului Național de Vaccinare

*hepatita B	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
BCG	___/___/___			
*DTP	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
*Hib	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
*Polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
ROR	___/___/___	___/___/___	___/___/___	

* se mentioneaza 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

Eliberat de

(nume, prenume, parafa, semnatura)

* Însoțește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolărilor și elevilor în unitatea de învățământ



Examen fizic

Înălțime cm : Greutate kg : Indice de masă corporală kg/m²

Presiunea arterială (pentru copii peste 3 ani)

Examen fizic general (normal / anormal)

ORI.

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 :

Daca ati bifat NU precizati tipul de afectare:

- cognitiva
- comunicare/limbaj
- emoțională/socială
- adaptare
- motricitate



Județul

Codul numeric personal

Localitatea

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unitatea sanitara

AVIZ EPIDEMIOLOGIC PENTRU (RE)INTRARE ÎN COLECTIVITATE

anul

luna

ziua

Numele

Prenumele

Prenumele tatălui

Data nașterii: anul

luna

ziua

Domiciliul: loc.

str.

nr.

bloc

ap.

sector:județ

ARE / NU ARE semne și simptome sugestive de boală transmisibilă:

S-a eliberat prezenta pentru:

A se vedea situația vaccinărilor pe verso.

