

Unitatea sanitară
(denumire, adresă, telefon)
.....

Nr. Fișă / Nr. de înregistrare
Data eliberării fișei:
Data examinării:

Adeverință medicală pentru înscrierea în colectivitate

Numele și prenumele....., sexul....., vârsta:.....
Adresa: Strada....., nr, localitatea, județul/sectorul
Instituția la care se înscrie:
Numele și prenumele părintelui/tutorelui:..... Tel. de contact:

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

*(dacă ați bifat cel puțin una dintre acestea, atașați documente medicale relevante)

Alergii: NU DA

- medicamentoase:
- alimentare:
- altele:

Medicație pentru afecțiuni cronice

NU DA (listați)

Vaccinări (vezi aviz epidemiologic-fișă de vaccinări)

Examen fizic

Înălțime cm; greutate kg; IMC.....kg/m²

TA (pentru copii > 3 ani)

Examen fizic general (normal /anormal

ORL.....

Dentiție normal DA NU

Extremitate cefalică - regiune cervicală:

Ganglioni limfatici normali DA NU

Recomandări

Activitate fizică normală DA NU restricții (după caz):.....

Alimentație diversificată DA NU restricții:

Reevaluarea este necesară: NU DA pentru

.....data programată _/ _/ _

Pulmonar normal DA NU

Cardiovascular normal DA NU

Abdominal normal DA NU

Genito-urinar 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:

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

Auz

Audiometrie (după caz)

normal

anormal

Vedere

Acuitate vizuală

normală DA NU

Ochi stâng:

Ochi drept:

Corecție cu lentile NU DA

Strabism NU DA

Evaluări suplimentare NU DA care:

Necesitatea unui sistem special de educație

Altele

Rezultatul evaluării

Copil apt /inapt pentru intrarea în colectivitate

Observații

Nume medic, semnătură, parafă

Unitatea sanitară
(denumirea, adresa, telefonul, fax)

Fișă de vaccinare¹⁾

¹⁾ Însoțește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolarilor și elevilor în unitatea de învățământ.

Numele și prenumele:

Sexul: Vârsta: ani

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 vaccinare 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:

Nume medic:

Semnătură, parafă:

NOTE:

- Evaluarea se realizează pe baza examinării clinice și a antecedentelor personale existente la fișa medicală a copilului.
- 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/infectioasă.
- 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-*

Județul

Codul numeric personal

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

Localitatea

Unitatea sanitară

Aviz epidemiologic pentru (re)intrare în colectivitate

anul luna ziua

Numele Prenumele

Data nașterii: anul luna ziua Prenumele tatălui

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.

(se completează numai la înscrierea în fiecare ciclu de învățământ)

Semnătura și parafa medicului

.....



TEHNOREDACTARE SNMF