

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



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

.....

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:

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 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 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare.*

