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) .....

Fişă de vaccinări[1)]

[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:

Nume medic:

Semnătură, parafă:

NOTE:

1. Evaluarea se realizează pe baza examinării clinice şi a antecedentelor personale existente la fişa medicală a copilului.
2. Investigatii clinice şi paraclinice suplimentare vor fi solicitate de către medicul de familie **doar în cazul existentei 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* [illegible] *condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014*