

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⁾ Însușește 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 acesteia 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.