

ANEXA NR. 16.1.

**Fișa medicală de înscriere în colectivitate**

Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea .....  
 (denumirea, adresa, telefonul) .....

**ADEVERINȚĂ MEDICALĂ PENTRU ÎNSCRIEREA ÎN COLECTIVITATE**

Numele și prenumele: ..... Sexul: ..... Data  
 nașterii: .....

Adresa (strada nr., orașul, județul/sectorul): .....

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

Numele și prenumele părintelui/tutorei legal instituit .....

Telefonul de contact al părintelui/tutorei 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
- tuberculoză
- 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.

**Examen fizic**

Înălțime ..... cm; Greutate ..... kg; Indice de masă corporală ..... kg/m<sup>2</sup>

Presiunea arterială (pentru copii peste 3 ani) ..... mmHg

**Examen fizic general (normal  / anormal )**

ORL .....

. 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 : .....

Dacă ați bifat NU, precizați tipul de afectare:

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

**.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 (după 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 intrarea în colectivitate

Observații .....

.....

Data examinării

.....

Semnătura medicului, gradul profesional și parafa

.....

## AVIZ epidemiologic/dovadă de vaccinare

## Față

Județul .....

Codul numeric personal

Localitatea .....

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

Unitatea sanitară .....

## AVIZ EPIDEMIOLOGIC PENTRU (RE)INTRARE ÎN COLECTIVITATE

anul ..... luna ..... ziua .....

Numele ..... Prenumele ..... Prenumele tatălui .....

Data nașterii: anul ..... luna ..... ziua .....

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.

Semnătura și parafa medicului,

## Verso

Unitatea sanitară .....

(denumirea, adresa, telefonul, fax)

## FIȘA DE VACCINĂRII1)

1) Însușește avizul epidemiologic la înscirerea preșcolărilor și elevilor în unitatea de învățământ.

Numele și prenumele: .....

Sexul: ..... Vârsta: .....

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 vaccinări 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

Eliberată de .....

(numele, prenumele, parafa și semnătura)