

Documentele medicale necesare înscrierii/transferului în unitățile de învățământ

- La înscrierea în clasa a IX-a:

a) Dacă elevul a frecventat o școală în care există cabinet medical școlar: fișa medicală de la școală și adeverință medicală conform modelului prevăzut la Anexa nr. 16.3 - **eliberate de medicul școlii frecventate;**

b) Dacă elevul a frecventat o școală în care nu există cabinet medical școlar: adeverința medicală de înscriere în colectivitate (împreună cu dovada de vaccinare a copilului) - **eliberată de medicul de familie.**

La revenirea din vacanțe **NU** se va solicita antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor aviz epidemiologic.

* Dacă elevul a frecventat o unitate de învățământ cu cabinet medical propriu (fara medic, doar cu asistenta medicala):

1. Fișa medicală de la unitatea de învățământ de la care se transferă - **eliberată de asistenta medicala școlara.**

2. Adeverința medicală de înscriere în colectivitate - Anexa 16.1 si Fisa de vaccinari – Anexa 16.2 - **eliberate de medicul de familie.**

* **Fisa de prezentare a cabinetului medical școlar** – Anexa 18 - se completeaza si semneaza de catre parinte sau reprezentant legal.

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 avis 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 vaccinări¹⁾

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 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:

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/infectioasă.
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-*