**Anexa Nr. 16**

    ***la metodologie***

**Documentele medicale necesare înscrierii/transferului în unităţile de învăţământ**

    - La înscrierea în creşă/grădiniţă: adeverinţa medicală de înscriere în colectivitate, modelul din Anexa nr. 16.1 (împreună cu avizul epidemiologic şi dovada de vaccinare a copilului- Anexa 16.2)

    - eliberată de medicul de familie.

    - La înscrierea în clasa pregătitoare:

    a) Dacă copilul a frecventat o grădiniţă în care există cabinet medical şcolar: fişa medicală de la grădiniţă şi adeverinţă medicală conform modelului prevăzut la Anexa nr. 16.3 - eliberate de medicul şcolar al grădiniţei frecventate;

    b) Dacă copilul a frecventat o grădiniţă în care nu există cabinet medical şcolar: adeverinţa medicală de înscriere în colectivitate (împreună cu dovada de vaccinare a copilului) - eliberată de medicul de familie.

    - La înscrierea în clasa a IX-a:

    a) Dacă elevul a frecventat o şcoală în care există cabinet medical şcolar: fişa medicală de la şcoală şi adeverinţă medicală conform modelului prevăzut la Anexa nr. 16.3 - eliberate de medicul şcolii frecventate;

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

    - În cazul transferului între diferite unităţi de învăţământ:

    a) Dacă antepreşcolarul/preşcolarul/elevul a frecventat o unitate de învăţământ cu cabinet medical propriu: fişa medicală de la unitatea de învăţământ de la care se transferă - eliberată de medicul şcolar;

    b) Dacă antepreşcolarul/preşcolarul/elevul a frecventat o creşă/grădiniţă/şcoală fără cabinet medical propriu: adeverinţa medicală de înscriere în colectivitate (împreună cu dovada de vaccinare a copilului) - eliberată de medicul de familie.

    La revenirea din vacanţe NU se va solicita antepreşcolarilor, preşcolarilor şi elevilor aviz epidemiologic

**Anexa Nr. 16.1**

  ***la metodologie***

**Fişa medicală de înscriere în colectivitate**

    Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea ............................................

    (denumirea, adresa, telefonul) ...................................................................

**ADEVERINŢĂ MEDICALĂ PENTRU ÎNSCRIEREA ÎN COLECTIVITATE**

    Numele şi prenumele: ........................................... Sexul: .......... Data naşterii: ............................

    Adresa (strada nr. , oraşul, judeţul/sectorul): ................................................................................

    Instituţia la care doreşte să se înscrie (şcoala, liceul, grădiniţa, creşa): ...........................................

    Numele şi prenumele părintelui/tutorelui legal instituit ....................................................................

    Telefonul de contact al părintelui/tutorelui legal instituit ..................................................................

    ***Antecedente patologice***NU |¯| DA |¯|:

    - astm |¯|

    - sindrom de hiperactivitate |¯|

    - otită medie cronică |¯|/recurentă |¯|

    - maladii congenitale de cord |¯|

    - probleme de învăţare |¯|/dezvoltare |¯|

    - diabet zaharat |¯|

    - leziuni osteoarticulare |¯|

    - convulsii |¯|

    - tulburări de vorbire |¯|, auz |¯|, vedere |¯|

    - tuberculoză |¯|

    - altele |¯|: ...............................................

    ***Alergii***NU |¯| DA |¯|:

    - medicamentoase: ..................................

    - alimentare: ............................................

    - altele: ...................................................

    ***Medicaţie pentru afecţiuni cronice***NU |¯| DA |¯|:

    (listaţi) ....................................................

    ***Vaccinări***- vezi aviz epidemiologic (verso)

    Dacă aţi bifat cel puţin una dintre acestea, ataşaţi documente medicale relevante.

    ***Examen fizic***

    Înălţime .............. cm; Greutate .......... kg; Indice de masă corporală .......... kg/m2

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

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

    ORL ..........

    Dentiţie 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 |¯|: ................................

    Extremităţi normale DA |¯| NU |¯|: .................................

    Tegumente normale DA |¯| NU |¯|: ................................

    Dezvoltare psihologică normală DA |¯| NU |¯|: ...............

    Limbaj normal DA |¯| NU |¯|: ........................................

    Comportament normal DA |¯| NU |¯|: ............................

    ***Dezvoltare (copii antepreşcolari, preşcolari)***

    În limite normale DA |¯| NU |¯|: ......................................

    Dacă aţi bifat NU, precizaţi tipul de afectare:

    - cognitivă ..........................

    - comunicare/limbaj ............

    - emoţională/socială ............

    - adaptare ..........................

    - motricitate ........................

    ***Auz***

    - Audiometrie (după caz)

    normal |¯|

    anormal |¯|: .........................

    ***Vizual***

    - Acuitate vizuală

    normală

    DA |¯|

    NU |¯|: ..............................

    Ochi stâng: ........................

    Ochi drept: ........................

    - Corecţie cu lentile NU |¯| DA |¯|

    - Strabism NU |¯| DA |¯|

    ***Recomandări***

    Activitate fizică normală DA |¯| NU |¯| restricţii (după caz): .....................................

    Alimentaţie diversificată DA |¯| NU |¯| restricţii: ......................................................

    ***Reevaluarea este necesară:***

    - NU |¯| DA |¯| pentru .......................... data programată ............/............/............

    ***Evaluări suplimentare***NU |¯| DA |¯| care ..........................................................

    Necesitatea unui sistem special de educaţie |¯| Altele ...............................................

    **Rezultatul evaluării**

    Copil apt |¯|/inapt |¯| pentru intrarea în colectivitate

    Observaţii ..............................................................................................................

    Data examinării ............                                        Semnătura medicului, gradul profesional şi parafa ...............

    **Anexa Nr. 16.2**

    ***la metodologie***

**AVIZ**

**epidemiologic/dovadă de vaccinare**

    **Faţă**

    Judeţul ............................................................

    Localitatea ......................................................

    Unitatea sanitară .............................................

                                                                                                 Codul numeric personal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

    **AVIZ EPIDEMIOLOGIC PENTRU (RE)INTRARE ÎN COLECTIVITATE**

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

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

    Data naşterii: anul ............ luna ............ ziua ............

    Domiciliul: localitatea ............................. str. ............................. Nr. .... bl. .... ap. .... sectorul/judeţul .......................

    ARE |¯|/NU ARE |¯| semne şi simptome sugestive de boală transmisibilă: ..................................................................

    S-a eliberat prezenta pentru: ......................................................................................................................................

    A se vedea situaţia vaccinărilor pe verso.

Semnătura şi parafa medicului,

 **Verso**

    Unitatea sanitară .................................................................................................... (denumirea, adresa, telefonul, fax)

**FIŞA DE VACCINĂRI1)**

    1) Însoţeşte avizul epidemiologic la înscrierea antepreşcolarilor, preşcolarilor şi elevilor în unitatea de învăţământ.

    Numele şi prenumele: .................... Sexul: ............ Vârsta: ............

    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 ............

|  |
| --- |
| Eliberată de ................................................... (numele, prenumele, parafa şi semnătura) |

 **Anexa Nr. 16.3**

    ***la metodologie***

|  |
| --- |
| **ADEVERINŢA MEDICALĂ** |
| **Model ............M.S. cod 18.1.1** |
|  |
|     Model |
|     **Faţă** |

|  |  |
| --- | --- |
| Judeţul ......................................................... | Nr. fişă/registru de consultaţii |
| Localitatea ................................................... | ................................................ |
|  |  |
| Unitatea sanitară .......................................... | CNP |¯¯|¯¯|¯¯|¯¯|¯¯|¯¯|¯¯|¯¯|¯¯|¯¯|¯¯|¯¯|¯¯| |
|  |  |
| **ADEVERINŢĂ MEDICALĂ** |
|  |
| Se adevereşte că: ............................................................................................................................... Sexul: M/F |
| numele şi prenumele |
| cu domiciliul în: judeţul .................................... localitatea ....................................... str. ....................................... |
| nr. .... bl. .... ap. .... sect. ....; având ocupaţia de: ..................................... la .......................................................... |
| Este suferind de: .................................................................................................................................................... |
| ............................................................................................................................................................................... |
| Se recomandă ........................................................................................................................................................ |
| ............................................................................................................................................................................... |
| S-a eliberat prezenta pentru a-i servi la: ............................................................................................................... |
| Data eliberării: |                       Semnătura şi parafa medicului, |
| anul ................. luna .................... ziua ................... | L.S.                ................................................ |

**Verso:**

|  |
| --- |
| Concluziile examenului medical de bilanţ: |
| ............................................................................................................................................................................... |
| ............................................................................................................................................................................... |
| Rezultatul investigaţiilor medicale: |
| ............................................................................................................................................................................... |
| ............................................................................................................................................................................... |
| Recomandări: |
| ............................................................................................................................................................................... |
| ............................................................................................................................................................................... |
| Apt pentru: |
| ............................................................................................................................................................................... |
| ............................................................................................................................................................................... |