

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/m<sup>2</sup>

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 vaccinare<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 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 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 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare.*

