



## FIȘA DE VACCINĂRI\*

\* Însoțește avizul epidemiologic la înscrierea 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 optionale

gripal	___/___/___			
pneumococic	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
rotavirus	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
varicela	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
HPV	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Hepatita A	___/___/___	___/___/___		
Altele, specificați	_____	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Data

.....

Eliberată de .....  
(numele, prenumele, parafa și semnătura)

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

**ADEVERINȚĂ MEDICALĂ PENTRU ÎNSCRIEREA ÎN COLECTIVITATE**

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/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 : .....

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)**

Examen fizic

Înălțime ..... cm; greutate ..... kg; indice de masă corporală ..... kg/m<sup>2</sup>

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

Examen fizic general (normal /anormal )

ORL .....

Dentiție normală DA  NU : .....

Extremitate cefalică - regiune cervicală: .....

- Ganglioni limfatici normali DA  NU : .....
- Pulmonar normal DA  NU : .....
- Cardiovascular norma 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

.....