

ÎN ATENȚIA MEDICILOR DE FAMILIE/CABINETELOR MEDICALE ȘCOLARE

În conformitate cu prevederile Anexei nr. 3 la *Ordinul Ministrului Educației și Cercetării și al Ministrului Sănătății nr. 5298/1668/2011 pentru aprobarea Metodologiei privind examinarea stării de sănătate a preșcolarilor și elevilor din unitățile de învățământ de stat și particulare autorizate/acreditate, privind acordarea asistenței medicale gratuite și pentru promovarea unui stil de viață sănătos, documentele medicale necesare la înscrierea/frecventarea/terminarea unui ciclu de învățământ sunt :*

a) **adeverință medicală pentru înscrierea în colectivitate**, conform anexei nr. 1, care face parte integrantă din prezenta anexă;

b) **aviz epidemiologic pentru (re)intrare în colectivitate**, conform anexei nr. 2, care face parte integrantă din prezenta anexă.

Adeverința medicală se eliberează în următoarele circumstanțe:

a) La înscrierea în fiecare ciclu de învățământ - se eliberează de către medicul de familie sau de către medicul colectivității de la care provine copilul.

b) La terminarea unui ciclu de învățământ preuniversitar -se eliberează de către medicul care are în supraveghere colectivitatea

c) La transferul elevului într-o altă unitate școlară - se eliberează de medicul care are în supraveghere unitatea de învățământ de la care se transferă.

Avizul epidemiologic se eliberează în următoarele circumstanțe:

a) după o perioadă de absență din colectivitate de cel puțin 3 zile consecutive;

b) la plecarea în tabere, vizite de studiu etc.

Îndrumări metodologice pentru eliberarea adeverinței medicale

a) La înscrierea în clasa I:

(i) Această adeverință este completată pe baza examinării medicale periodice de bilanț a stării de sănătate, efectuată la vârsta de 6-7 ani, cu obligația consemnării de către medic a concluziei "Apt pentru învățământul obișnuit".

(ii) Pentru copiii care se înscriu în unități de învățământ cu Cabinet medical școlar propriu medicul colectivității de preșcolari sau, după caz, medicul de familie va întocmi o epicriză cuprinzând: antecedentele

fiziologice, principalele antecedente patologice (inclusiv infectocontagioase), precum și imunizările efectuate.

(iii) Copiii care au frecventat o grădiniță cu cabinet medical propriu și se înscriu într-o unitate de învățământ cu cabinet medical școlar vor depune la înscriere și fișa medicală de la grădiniță.

b) La terminarea unui ciclu de învățământ preuniversitar:

- (i) În unitățile școlare cu cabinet medical propriu, la înscrierea în liceu, în școala profesională, elevii care au avut fișe medicale la cabinetul medical al școlii absolvite le vor depune și pe acestea o dată cu adeverința medicală menționată anterior, iar elevii care provin din unități școlare în care nu au avut fișă medicală vor prezenta odată cu adeverința medicală o dovadă completată de medicul de familie care a avut în supraveghere unitatea școlară absolvită de elev, care să cuprindă toate imunizările efectuate.
- (ii) Medicul care completează adeverința medicală pentru înscrierea în/sau terminarea unui ciclu de învățământ are obligația să consemneze, sub responsabilitate medico-juridică, eventualele tulburări în starea de sănătate a elevului.
- (iii) Adeverința medicală pentru înscrierea, respectiv terminarea unui ciclu de învățământ se va elibera ținându-se seama de eventualele tulburări în starea de sănătate apărute după data efectuării examinărilor medicale periodice de bilanț ale stării de sănătate.

c) La transfer:

- (i) Adeverința se însoțește, după caz, de fișa medicală școlară de la cabinetul medical al unității de la care se transferă.
- (ii) Elevii care nu au fișe medicale vor prezenta o adeverință medicală de același tip, eliberată de medicul unității școlare de la care provin, precum și o dovadă cu imunizările profilactice efectuate.

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 :

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/m²
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 normal DA NU :
- Abdominal normal DA NU :
- Genitourinar normal DA NU :
- Extremități normale DA NU :
- Tegumente normale DA NU :
- Dezvoltare psihologică normală DA NU :
- Limba: normal DA NU :
- Comportament normal DA NU :
- Dezvoltare (copii preșcolari) DA NU :

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

NOTĂ

1. Evaluarea se realizează pe baza examinării clinice și a antecedentelor personale existente în 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 preșcolărilor și elevilor, eliberarea acesteia reprezentând activitate de suport, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/136/2015 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.

- față -

Județul Cădul 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 VACCINĂRII)

1) 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 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		Eliberată de	

(numele, prenumele, parafa și semnătura)