

ANEXA NR. 16.1.

Fișa medicală de înscriere în colectivitate

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

ADEVERINȚĂ MEDICALĂ PENTRU ÎNSCRIEREA ÎN COLECTIVITATE

Numele și prenumele: Sexul: Data
 nașterii:

Adresa (strada nr., orașul, județul/sectorul):

Instituția la care dorește să se înscrie (școala, liceul, grădinița, creșa):

Numele și 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 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) mmHg

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 ☐:
 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 ☐ pentrudata 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

.....

.....

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

[illegible]

anul luna ziua

Data nasterii: anul luna ziua

Domiciliul: localitatea str.

nr. bl. ap. sectorul/judetul

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,

Unitatea sanitară
(denumirea, adresa, telefonul, fax)

1) Însoteste avizul epidemiologic la înscrierea prescolarilor și elevilor în unitatea de învățământ.

Numele și prenumele:

Sexul: Vârsta:

Adresa (strada nr., orașul, județul/sectorul)

Institutia la care doreste 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)

Fișa de prezentare a cabinetului medical școlar din grădiniță/școală

În aceasta unitate de învățământ funcționează un cabinet medical școlar cu personal medical încadrat de către

Activitatea cabinetului medical este asigurată conform actelor normative care reglementează asistența medicală din unitățile de învățământ.

Cabinetul medical asigură preșcolarilor și elevilor înscriși servicii medicale preventive (individuale și colective), consultații pentru afecțiuni acute și primul ajutor în caz de urgențe.

Pentru menținerea și îmbunătățirea permanentă a stării de sănătate a copilului dvs, precum și pentru respectarea normelor de sănătate publică, (și deoarece un anumit număr de ore copilul NU este sub supravegherea dvs.) vă aducem la cunoștință următoarele:

- La înscrierea în colectivitate/transferul din altă unitate de învățământ, trebuie să prezentați dovada imunizărilor efectuate copilului dvs., adeverința de intrare în colectivitate și fișa medicală deținută la altă unitate de învățământ.
- Pentru a putea asigura o asistență medicală optimă sunteți rugat să comunicați în scris cabinetului medical toate afecțiunile de care suferă copilul dvs. și să prezentați în acest sens scrisorile medicale și/sau biletele de ieșire din spital. Vă rugăm să comunicați, de asemenea, dacă urmează un tratament cronic sau este alergic la vreo substanță cu care ar putea veni în contact. Activitățile cabinetului medical sunt strict confidențiale. Totuși, dacă copilul dvs. suferă de o afecțiune care prin manifestările sale bruște îi poate pune în pericol imediat viața sau integritatea fizică (crize convulsive, astm bronșic, sincope etc.) este bine ca, înafară de personalul cabinetului medical, să anunțați și cadrele didactice pentru ca acestea să poată acționa până la sosirea personalului medical.
- **În cazul în care copilul dvs. este diagnosticat sau suspionat că ar suferi de o boală contagioasă (transmisibilă și celorlalți copii din colectivitate), vă rugăm să aduceți acest lucru la cunoștința cabinetului medical al unitatii de invatamant în 24 ore de la diagnosticare/suspicionare pentru a putea lua măsurile antiepidemice în colectivitate.**
- În cabinetul medical se efectuează triajul epidemiologic, conform legii, și se inițiază măsuri antiepidemice în focar de boli infecțioase conform metodologiilor în vigoare.
- În cabinetul medical școlar se efectuează conform legii, examinări medicale periodice anuale și de bilanț al stării de sănătate anual tuturor preșcolarilor și elevilor din clasele I-a, a IV-a, a VIII-a și a XII-a, în cadrul cărora copiii se examinează clinic (de exemplu: se măsoară tensiunea arterială, se examinează acuitatea vizuală și auditivă, se efectuează un examen clinic general). În cazul în care se depistează afecțiuni veți fi informați, iar dvs. vă revine responsabilitatea de a prezenta copilul la examinări la medicii specialiști și de a comunica rezultatele, respectiv de a prezenta scrisorile medicale de la medicii specialiști atât medicului de familie, cât și cabinetului medical școlar.
- În cabinetul medical școlar se efectuează acțiuni de educație pentru sănătate a prescolarilor și elevilor. Pentru desfășurarea unora dintre aceste activități medicale, cabinetul medical școlar are nevoie de date cu caracter personal al copilului (CNP, adresă de domiciliu, număr de telefon al părinților).

În situația în care prelucrarea de date cu caracter personal în scopurile amintite vă afectează drepturile și interesele, ori sunteți interesat de o informare mai amplă legată de aceasta, vă rugăm să vă adresați Responsabilului cu protecția datelor cu caracter personal din cadrul....., la adresa de e-mail, conform articolului 38 alineat 4 din REGULAMENTUL nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Subsemnata/ul _____, părinte/reprezentant legal al elevei/elevului _____, născut la data _____, cu domiciliul stabil _____, număr de telefon _____, înscris în clasa _____, am fost informat în legătură cu activitatea cabinetului medical școlar, sunt de acord cu folosirea datelor cu caracter personal în scopuri medicale și îmi exprim **acordul cu privire la efectuarea acțiunilor cu caracter profilactic în cabinetul medical școlar** (triaj epidemiologic, alte acțiuni de combatere a răspândirii bolilor infecțioase în colectivitate, examen periodic și de bilanț al stării de sănătate a copilului meu, acțiuni de educație pentru sănătate).

NUME ȘI PRENUME PĂRINTE

SEMNĂTURA