

UNITATEA SANITARĂ.....

Data: .....

**DOCUMENT MEDICAL ADIȚIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL  
în vederea încadrării copilului cu dizabilități în grad de handicap**

**BOLI ALE GLANDELOR ENDOCRINE**

**Nume și prenume copil:**..... **Vârsta:** .....

✓ Tulburări de gestualitate și locomotorii: DA  NU

Dacă DA precizați: .....

.....  
.....

✓ Fracturi de formații osoase: DA  NU

✓ Capacitate de efort, detaiați.....

.....  
.....

✓ Nivel de dezvoltare intelectuală IQ .....

✓ Tulburări de dezvoltare musculară: DA  NU

Dacă DA precizați: .....

.....  
.....

✓ Osteoporoză: DA  NU

✓ Complicații la alte aparate și sisteme: DA  NU  , dacă DA, precizați .....

.....  
.....

Lipotimii: DA  NU  , dacă DA, precizați frecvența.....

.....  
.....

**1. AUTONOMIE LOCOMOTORIE**

✓ **Menține ortostatismul:** DA  NU  pentru cât timp.....

✓ **Merge singur:** DA  NU  pe ce distanțe.....

✓ **Merge cu dispozitive:** DA  NU  pe ce distanțe.....

✓ **Obosește la efort:**

la efort **mic:** DA  NU

la efort **mediu:** DA  NU

la efort **mare:** DA  NU

- ✓ Deficiență de coordonare: DA  NU
- ✓ Afectarea posibilității de realizare a gesturilor fine și precise:

Unilateral: DA  NU

Bilateral: DA  NU

- ✓ Pierderea gestualității:

a unui membru toracal: DA  NU

a ambelor membre toracale: DA  NU

Se deplasează **singur în afara** locuinței: DA  NU  pe ce distanțe.....

## 2. DEPRINDERI DE AUTOSERVIRE / AUTOÎNGRIJIRE:

- ✓ Se hrănește:

singur:

cu ajutor:

depinde de altă persoană:

- ✓ Tulburari de masticăție și de deglutiție: DA  NU

- ✓ Se îmbracă/dezbracă:

singur:

cu ajutor:

depinde de altă persoană:

- ✓ Este capabil să se autoîngrijească (tăierea unghiilor, spălat, pieptănat, igienă corporală):

singur:

cu ajutor:

depinde de altă persoană:

- ✓ Control sfincterian:

incontinență **de zi**: DA  NU

incontinență **de noapte**: DA  NU

- ✓ Administrarea medicamentelor:

singur:

cu ajutor:

depinde de altă persoană:

- ✓ Necesită ajutorul unei terțe persoane în defășurarea activităților zilnice :

constant DA  NU

zilnic, dar discontinuu DA  NU

alte măsuri DA  NU

- ✓ Și-a însușit grija pentru propria siguranță, evită riscurile sau situațiile periculoase DA  NU

Dacă NU, detaliați.....

.....

**Data completării:**

**Semnătura și parafa  
Medic specialist,**