

UNITATEA SANITARĂ.....

Data:

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

BOLI ALE APARATULUI CARDIO-VASCULAR

Nume și prenume copil:..... Vârsta:

✓ Are simptome de repaus: DA NU

✓ Are simptome la efectuarea activităților zilnice uzuale: DA NU

✓ Are simptome la eforturi fizice prelungite: DA NU

✓ Valorile gozometriei sanguine, bifați:

pa O₂= 70-90mmHg

pa O₂= 60-70mmHg

pa O₂= 50-60mmHg

pa O₂ ≤ 50

✓ Răspunde la terapie: : DA NU

✓ Specificați planul de intervenții chirurgicale necesar pentru rezolvarea afecțiunii și a tulburărilor asociate:

.....
.....
.....

✓ Răsunetul afecțiunii cardio-vasculare asupra altor organe și sisteme : DA NU

Daca da, detaliați.....

.....

✓ **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,**