

UNITATEA SANITARĂ.....

Data: .....

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

**BOLI ALE PIELII**

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

✓ **Acutizări:**

Rare sau Frecvente (se încercuiește)

✓ **Limitări ale ortostatismului și mersului:** DA  NU , **daca DA completați cap. Autonomie locomotorie.**

Complicații:.....

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

**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.....

✓ **Se deplasează singur în afara locuinței:** 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

## 2. DEPRINDERI DE AUTOSERVIRE / AUTOÎNGRIJIRE:

✓ Se hrănește:

singur:

cu ajutor:

depinde de altă persoană:

✓ Tulburări de masticație 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:

✓ 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,**