

UNITATEA SANITARĂ.....

Data:

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

BOLI METABOLICE

Nume și prenume copil:..... Vârsta:

✓ Greutate..... deficit ponderal în procente.....

✓ Diabet insulino-dependent: DA NU

✓ Dezechilibrat/instabil/decompensate: DA NU

✓ Echilibrat compensate: DA NU

✓ Complicații:

✓ Retinopatie: DA NU

✓ Polineuropatie: DA NU

✓ Boală cronică de rinichi: DA NU

✓ Cetoacidoză: DA NU

✓ Hipoglicemie: DA NU

câte episoade/săptămână

precizați dacă a necesitat spitalizare.....

✓ Depresie sau tulburări psihice: DA NU

✓ Insulinorezistență: DA NU

✓ Variabilitate glicemică mai mare de 10 - 20% decât valoarea hemoglobinei glicozilate de 7,5% (denumită ca fiind media ultimelor 4 determinări ale hemoglobinei glicozilate în ultimul an) la copii cu vârsta de la naștere la 12 ani: DA NU

✓ precizați valoarea:

Data completării:

**Semnătura și parafa
Medic specialist,**