

UNITATEA SANITARĂ.....

Nr.data:

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

BOLI NEUROLOGICE și ALE STRUCTURII și FUNCȚIILOR MUȘCHILOR

Nume și prenume copil:..... Vârsta:

1. Crize epileptice parțiale sub tratament: DA NU

Specificați frecvența crizelor pe săptămână / lună

2. Crize epileptice generalizate sub tratament: DA NU

Specificați frecvența crizelor pe săptămână / lună

3 . Deficiențe cronice ale controlului sfincterian: DA NU

Dacă DA, detaliați:

.....

4. Tulburări psihice intercritice: DA NU

Dacă DA, detaliați

.....

5. Dureri continue sau crize dureroase: DA NU

Dacă DA, detaliați:

.....

6. Tulburări trofice cronice cutanate, musculare sau osteoarticulare: DA NU

Dacă DA, detaliați:

.....

Autonomie locomotorie

✓ **Menține ortostatismul:**

DA - **pentru cât timp:**

NU menține ortostatismul

✓ **Merge singur:**

DA - **pe ce distanțe:**

NU merge singur

✓ **Merge cu dispozitive:**

DA - **pe ce distanțe:**

NU merge cu dispozitive

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

DA **pe ce distanțe:**

NU se deplasează SINGUR în afara locuinței:

✓ **Obosește la EFORT: la efort MIC / la efort MEDIU / la efort MARE – se specifică:**

Se specifică:

.....

✓ **Deficiență de coordonare:** DA NU

Dacă DA, detaliați:

.....

✓ **Afectarea posibilității de realizare a mișcărilor fine și precise: *unilateral* / *bilateral***

DA **NU**

Dacă DA, detaliați:

.....

✓ **Afectarea prehensiunii: *a unui membru toracal* / *a ambelor membre toracale:***

DA **NU**

Dacă DA, detaliați:

Limbaj:

Dezvoltarea calitativă și cantitativă a limbajului expresiv și receptiv – descriere:

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

Descrieți cum comunică copilul cu terții:

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

Deprinderi de autoservire / autoîngrijire: Descriere detaliată privind dezvoltarea abilităților de autoservire / autonomie personală: deprinderi de autoservire, deprinderi de autoîngrijire și igienă personală, îmbrăcare / dezbrăcare, alimentație, control sfincterian, gradul de dependentă / independentă față de o altă persoană, etc;

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

Tulburări de masticăție și de deglutiție: DA NU

NOTĂ: SE VA COMPLETA ÎN MOD OBLIGATORIU ÎN DETALIU, FIECARE ITEM.

Semnătura medicului specialist și parafa inclusiv în situațiile de corecturi.

Data completării:

**Semnătura și parafa
Medic specialist,**